

22.3.90

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

A EDUCAÇÃO DA SAÚDE NA
ESCOLA DE PRIMEIRO GRAU:
POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

SOTERO SERRATE MENGUE

DISSERTAÇÃO APRESENTADA
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE MESTRE EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO

PORTO ALEGRE, 1989

BIBLIOTECA GERAL DE EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - UFRGS

ORIENTADORA:

MERION CAMPOS BORDAS

- . Doutora em Educação
- . Livre Docente em Didática
- . Professora Adjunta do
Departamento de Ensino e
Currículo da Faculdade
de Educação - UFRGS.

RESUMO

O estudo relata e analisa, através de uma abordagem qualitativa, as experiências de um projeto participativo de educação e saúde para escolas de primeiro grau de periferia urbana.

Nas manifestações das professoras foi observado um amplo espectro de concepções em relação às questões da saúde. Entretanto, nas atividades em sala de aula predominaram instruções sobre hábitos de higiene atendendo fortemente a uma dimensão normativa e disciplinadora.

A visão tradicional de escola, por parte da maioria das professoras, constituiu-se em dificuldade significativa para o desenvolvimento do projeto, principalmente, no que se refere à valorização das idéias dos alunos.

Os questionamentos formulados à escola, por parte dos pesquisadores e algumas professoras, provocaram uma reação intervencionista da Secretaria Municipal de Educação que impediu a continuidade plena do projeto que levou à realização de atividades diretamente com as crianças em sala de aula; nessas atividades, o dado mais significativo foi a descoberta de que, para as crianças, as noções de saúde e doença estão relacionadas às injunções e conseqüências dos tipos de trabalho exercido e às condições de vida da população da qual fazem parte. Observou-se, também, que apesar dos esforços dispendidos pelas professoras, as crianças não se mostraram realmente receptivas às instruções higiênicas professadas.

ABSTRACT

The study describes and analyses, through a qualitative approach, experiences of a participative health education project directed to elementary schools in poor peripheral urban areas.

Among teachers all of them females there was a large spectrum of conceptual frameworks about health. Nevertheless, in class activities, there was a predominance of instructions about hygienic habits, with strong normative and disciplinary dimensions.

The traditional view of school held by most of the teachers was a significant difficulty to the development of this project, particularly in regard to appreciating student' ideas.

Criticism raised by the investigator, and some teachers about the school led to an interventionist reaction by the State Secretary of Education, which blocked the continuity of the project, limiting it to a direct activity between investigators and children in the classroom. In this setting it was discovered that health notions in children were related to the impositions and consequences resulting from the type of work performed by and to the living conditions of the people with whom they lived. It was noted that despite the affront of the school teachers, children were not receptive to instructions concerning hygiene.

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUÇÃO: O REFERENCIAL DA PRÁTICA ANTERIORE À PESQUISA	1
CAP. I : O REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO	5
1. A questão da saúde numa perspectiva estrutural	5
2. Natureza e função da escola numa perspectiva dialética	16
3. A relação saúde-educação no âmbito escolar ...	24
CAP. II : APROXIMAÇÃO DO PROBLEMA, QUESTÕES E OBJE- TIVOS TRABALHADOS NA PESQUISA	37
1. A experiência do Programa Pericampus/UFRGS até 1989	37
2. Caracterização metodológica da pesquisa	41
CAP. III : AÇÃO E INVESTIGAÇÃO NA ESCOLA	43
1. A proposta do EPPE no Programa Pericampus ...	43
2. Abrangência do EPPE; Pesquisa e Extensão	43
3. Estratégia de implementação do EPPE como pesquisa-intervenção	44
CAP. IV : TENTATIVAS E DESCOBERTAS: AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E SUAS PRIMEIRAS RESPOSTAS..	47
1. A abordagem das escolas	47
2. Como a realidade se mostrou nas falas dos pro- fessores	48
a) A primeira questão: o conceito de saúde ...	50
b) A segunda questão: os determinantes das con- dições de saúde	53
c) A terceira questão: condições de saúde dos alunos	56
d) A quarta questão: relação condição de saúde - desempenho escolar	58
e) A quinta questão: as ações na sala de aula .	64

CAP. V : APRENDENDO A FAZER NO COTIDIANO DA ESCOLA	72
1. Desenvolvendo a estratégia de ação-investigação ...	72
2. A escola A; a ação obediente	76
3. A escola B: aprendendo a desobediência	90
4. Enfrentando a burocracia	96
5. Escola B:	
a) Uma aventura na sala de aula	100
b) Conversando com as crianças	106
A GUIA DE CONCLUSÃO FINAL	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	125

INTRODUÇÃO: O REFERENCIAL DA PRÁTICA ANTERIORE À PESQUISA

As raízes deste trabalho vinculam-se à participação do autor no Grupo Unido de Saúde Pública - GUSP, constituído por estudantes universitários e profissionais da área da saúde; organizado de maneira informal, o grupo trabalhou voluntariamente, sem vinculação institucional, durante o período de 1978 a 1982.

O GUSP configurou-se a partir da intenção de um grupo de cinco estudantes de Medicina, preocupados em encontrar formas alternativas de contato e conhecimento da realidade de saúde da população, uma vez que a maior parte de sua formação profissional se dava em nível hospitalar.

Com o desenvolvimento do trabalho e a divulgação das atividades, o grupo foi se ampliando, e chegou a se caracterizar como uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, arquiteto, farmacêutico e nutricionista.

As ações do grupo estiveram, em grande parte do tempo, centradas no Posto de Saúde da Vila, criado a partir da mobilização da comunidade e do próprio GUSP. Um convênio inicial entre Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Departamento de Medicina do Trabalho, Prefeitura Municipal de Viamão e Assistência Social Vila Augusta, possibilitou que o posto fosse, desde sua instalação, gerenciado pelo grupo e pela comunidade.

A existência de uma equipe multidisciplinar, com uma clara proposta de trabalho, fez com que os serviços prestados pelo Posto se ampliassem e diversificassem, incluindo atividades como: atendimento médico, ambulatório de enfermagem, laboratório de análises clínicas e trabalho com grupos de gestantes, terapêutico e de hipertensos. Essas atividades eram mantidas pelos componentes do grupo e por pessoas voluntárias da comunidade. As instituições participantes do convênio garantiam a infra-estrutu

ra; além disso a comunidade realizou promoções para arrecadar fundos a fim de sanar as deficiências materiais não cobertas pelas instituições. Durante o período de cinco anos, desenvolveram-se, também, ações junto à Associação de Moradores da Vila, auxiliando na sua reativação e nas campanhas de mobilização e discussão dos problemas da Vila; ainda, junto à escola de 1º Grau local ocorreram estágios curriculares do Curso de Psicologia da PUC/RS e da UFRGS.

Ao longo do desenvolvimento da experiência, os elementos do GUSP foram concluindo seus cursos de graduação e iniciando suas atividades profissionais. Dessa forma a disponibilidade para manter o trabalho foi sendo gradualmente reduzida até que, em 1982, julgou-se não ser mais possível a manutenção do trabalho.

Após a extinção do grupo, determinadas atividades prosseguiram, já em nível profissional, através da presença de alguns componentes contratados pela Secretaria da Saúde do Estado ou pela Universidade..

A experiência de ação comunitária desenvolvida pelo GUSP possibilitou a elaboração de algumas propostas que têm sido discutidas, repensadas e ampliadas nas atividades que os ex-componentes do grupo desenvolvem atualmente. Tais propostas têm como base: a atuação junto à comunidade, respeitando sua cultura, valores e conhecimentos; o desenvolvimento de serviços de saúde tecnologicamente adequados às possibilidades do local; a possibilidade de atuar junto com a comunidade rompendo com o monopólio do saber e reconstruindo o conhecimento a partir da experiência dos profissionais da área da saúde que sejam capazes de entender o processo saúde-doença como um processo social e, consequentemente, perceber o seu papel, enquanto sujeito e enquanto profissional, dentro desse processo.

A convivência universitária permitiu o contato de alguns componentes do GUSP com outros grupos que atuavam junto às periferias urbanas e no meio rural. Dentre esses grupos destaca-se o Programa PERICAMPUS, tanto pela afinidade das propostas e dos princípios orientadores, como pela área de abrangência do Programa (4º Distrito de Viamão).

O Programa PERICAMPUS, desenvolvido desde 1981, teve seu

início a partir de uma solicitação de assessoria educacional feita pela Secretaria de Educação do município de Viamão. Tal solicitação veio ao encontro do anseio de alguns professores e alunos da UFRGS que entendiam que a Universidade, no cumprimento de sua função social, não poderia permanecer alheia à realidade que a cercava. Nessa dimensão foram estabelecidas como prioridades:

"o comprometimento mais efetivo com as camadas populares no processo de conscientização sobre os problemas sócio-econômicos existentes e na busca conjunta de soluções aos mesmos, com vista à transformação das condições existentes;

a descoberta de novas alternativas para desenvolver as funções acadêmicas, de modo a melhorar os desempenhos universitários, dimensionando-os mais adequadamente às necessidades imediatas e mediatas da sociedade brasileira, em nível local, regional e nacional."
(BORDAS, 1984).

A ação do Programa PERICAMPUS foi baseada na crença de que o conhecimento gerado na Universidade poderia ser apropriado pelas camadas populares. Na medida em que essas tivessem ao seu dispor o conhecimento obtido até o momento e participassem efetivamente na adequação desse conhecimento ao seu uso. Nesse ponto começa a ser gerado um novo conhecimento. É esse novo conhecimento, criado de forma comprometida politicamente com as camadas populares, o foco central do trabalho desenvolvido dentro do Programa PERICAMPUS.

Durante o seu desenvolvimento o Programa desenvolveu vários projetos e sub-projetos que envolveram a educação em suas dimensões formais e não-formais. Passaram pelo Programa professores e alunos dos cursos de pedagogia, medicina, educação física, geografia e engenharia. Pelas condições disponíveis algumas áreas foram se firmando e avançando nos seus projetos enquanto outras abandonaram o trabalho. O projeto que teve seu maior desenvolvimento foi o "COMUNIDADE ESCOLAR". Constituído de vários sub-projetos, o Comunidade Escolar desenvolveu sua ação nas áreas de alfabetização, leitura, matemática, orientação educacional, séries contínuas e educação da saúde, principalmente nas primeiras sé-

ries do primeiro grau.

As ações desenvolvidas pelos sub-projetos envolveram por um lado a investigação dos processos de ensino-aprendizagem adequados às crianças das camadas populares e por outro a formação dos professores que atendem essas mesmas crianças.

A participação do autor na coordenação de um desses sub-projetos - Elaboração de um Programa Participativo de Educação e Saúde para Escolas de Primeiro Grau de Periferia Urbana - foi a gênese do trabalho que ora é apresentado. É na descrição e análise das atividades desse sub-projeto, durante 1985 e 1986, que está embasado este trabalho.

"... o que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas... é poder cair doente e se recuperar... Saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio... e sua infidelidade é exatamente seu dever, sua história." (CANGUILHEM, 1978, p.158)

É na concepção de CANGUILHEM que a determinação histórico-social da doença passa a ter significado. Para entender o processo de saúde como dinâmico, e daí considerar o seu oposto - a doença - é necessário que se entenda o homem como ser histórico que, ao mesmo tempo em que sofre as influências do meio, transforma esse meio. Esse processo, entendido de forma coletiva é

"... o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico do desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença." (DONNANGELO, 1979, p.26)

O processo de saúde-doença, faz parte da vida social. Por isso, o conceito de saúde varia, historicamente, em cada sociedade. Ter ou não ter saúde passa pelo entendimento que o indivíduo tem de si e do reconhecimento social de seu estado. Ou seja, as formas de expressão conceitual da saúde e da doença são construções que vão depender de como esses indivíduos se inserem na sociedade e de como essa sociedade trata os indivíduos considerados doentes ou sadios.

Ter ou não saúde supõe, então, um reconhecimento individual, técnico e social de uma alteração definida como doença. Tal reconhecimento pode não ser o mesmo nessas três instâncias diagnósticas. Um indivíduo pode sentir-se mal, como doente, e não receber o reconhecimento médico e social, de tal sensação. Ao contrário, pode sentir-se saudável e receber um diagnóstico médico de alguma doença da qual não tenha sintomas. Mas há um momento de convergência dessas instâncias na qual o indivíduo passa a ser reconhecido como doente: fundamentalmente, é a quando não consegue mais desempenhar seu papel social (SINGER, 1978). Esse fato, porém, para adquirir status de doença "legítima" necessita do

CAPÍTULO I

O REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

O referencial teórico está organizado em torno de três dimensões. A primeira trata da questão da saúde do ponto de vista conceitual, discutindo, ainda, alguns aspectos ligados à medicina e à prestação de serviços médicos à população.

A segunda parte se detém na análise da questão escolar, um dos focos deste trabalho, e se propõe a discutir as possibilidades da escola na sociedade atual como instrumento emancipatório das classes trabalhadoras.

O estudo da educação da saúde na escola compõe a terceira parte. Centrando-se na questão do ensino este estudo não contempla a análise e discussão da assistência ao escolar. Embora essa questão seja relevante e tenha sido desenvolvida pelo EPPES não será tratada de forma sistemática neste estudo.

1. A questão da saúde numa perspectiva estrutural

O tema básico que define a medicina é a noção de cura na relação saúde-doença.

A referência ao mesmo é antiga e, pode-se dizer, presente em todos os povos. As primeiras abordagens da questão preocuparam-se em definir a doença e sua causa. Assim, os conceitos formulados em relação à doença estão diretamente relacionados à noção de causa.

A noção de doença, tal como vista pelos povos da anti-

guidade, não será tratada aqui com profundidade; cabe, contudo, lembrar que as observações por eles registradas traziam as primeiras noções de contágio e da importância do ambiente sobre a saúde dos indivíduos.

As teorias sobre a origem das doenças sofreram modificações com as descobertas da bacteriologia, principalmente com Pasteur e Koch; os novos achados jogaram por terra os modelos relacionados à teoria dos miasmas elaboradas entre outros por Virchow, resultantes das concepções religiosas e sociais vigorantes no século XIX.

As possibilidades oferecidas pela bacteriologia restringiram a ampla discussão sobre a origem das doenças à busca de um agente causal único. Isto gerou o desenvolvimento de um modelo do tipo unicausal: para cada doença podia ser determinado um agente causal.

Tal modelo, que respondia às necessidades explicativas das doenças infecciosas, mostrou-se limitado, num primeiro momento, para explicar mais detalhadamente o comportamento da distribuição e evolução dessas doenças, e, num segundo momento, no que se referia à investigação do comportamento das doenças não-transmissíveis. Como resposta a essas limitações surgiu o modelo multicausal. Para a concepção multicausal, a doença seria originada de um desequilíbrio, balanceado pelo meio, entre o agente e o hospedeiro. *

A saúde definia-se, nesse modelo, como o estado de equilíbrio entre os múltiplos fatores que envolvem o indivíduo, os agentes das doenças e o meio-ambiente.

Essa idéia da saúde como resultado do equilíbrio entre os vários fatores biológicos e sociais que fazem parte da vida dos indivíduos não foi proposição original. Já os gregos antigos, bem como as culturas primitivas observadas na África, Ásia e América Latina, trazem como pressuposto básico de saúde a noção de equilíbrio do homem com a natureza e a sociedade.

Na perspectiva do modelo multicausal a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um conceito que descreve a saúde como "...completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência da doença". Tal conceito representou, sem dúvida, uma evolução frente aos modelos universalistas relacionados aos aspectos biológicos da doença. Mas, se por um lado o conceito faz evoluir a concepção de saúde, por outro, coloca-a em um nível ideal de "...excessiva amplidão e pouca operacionalidade" (SINGER, 1978). Em outras palavras, o conceito apresenta-se de forma tão ampla que, além de compreender os elementos ligados a fatores biológicos dos estados mórbidos, também passa a considerar aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Assim,

"... a insuficiência de recursos para satisfazer as necessidades experimentadas pelos indivíduos e coletividade, a discriminação racial, religiosa ou sexual ou as restrições aos chamados direitos humanos de ir e vir, exprimir livremente os pensamentos, etc..." (SINGER, 1978 p.68).

podem ser enquadrados como situações de ausência de saúde. O conceito incorpora todos os elementos da vida social; isto significa que um estado de completa saúde passa a ser um ideal praticamente inatingível na vida cotidiana da grande maioria da população, para não dizer de toda a população, principalmente dos países sub-desenvolvidos.

Outro aspecto criticável nesse conceito é seu caráter estático. O "pleno bem-estar" não está dimensionado frente à dinâmica da vida, às possibilidades e dificuldades que se apresentam para alcançar e/ou manter tal condição. A saúde aparece como fora do movimento do dia-a-dia, da interação que o indivíduo tem com a sociedade; desconsidera as maneiras como ele enfrenta os seus estados mórbidos, como e quando deixa de ter saúde e passa à condição de doente e como e quando recupera ou não seu estado de saúde anterior.

A superação do caráter estático do conceito utilizado pela OMS pode ser encontrada entre os autores que propagam as teorias multicausais. Como afirmam LEAVELL e CLARK (1977)

"Qualquer enfermidade ou condição mórbida no homem é resultado de um processo dinâmico. Desde sua origem este processo "dinâmico" sofre uma série mais ou menos característica de fatos no meio ambiente e no homem, até que o indivíduo afetado volte ao normal, atinja um estado de equilíbrio com a doença, defeito ou invalidez, ou morra. E "normalidade" e "saúde" são atributos relativos e, para sua definição, são necessários estudos cuidadosos e estatisticamente controlados. A saúde envolve fatores mentais e sociais assim como fatores físicos..." (p.XVII).

LEAVELL e CLARK por um lado conferem um caráter dinâmico à saúde; por outro, deixam aberto um flanco aos críticos dos adeptos da medicina social na medida em que colocam os fatores físicos, mentais e sociais em um mesmo nível de causação da doença. Assim, como afirma AROUCA (apud RESENDE, 1986), iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico, etc.

Outro questionamento se impõe: se a "saúde" e a "normalidade" são atributos relativos, como circunscrever o ponto que delimita a normalidade da anormalidade?

CANGUILHEM (1978) assume que toda a norma resulta de uma escolha arbitrária. Assim, "...pode-se definir comportamentos... mas não se pode afirmar que eles são patológicos a partir de nenhum critério objetivo." (CANGUILHEM apud MONTERO, 1985 p.69).

Para Canguilhem a saúde é "sentir-se mais que normal, é ser normativo em relação ao meio. Logo,

juízo da autoridade médica que legaliza a doença. Assim, não basta sentir-se doente, é necessário que haja o reconhecimento social e médico da doença. Assumida a doença, o indivíduo passa a desempenhar um papel diferenciado na sociedade. PARSONS (apud SINGER, 1978, p.71) descreve a doença como papel social pelos seguintes componentes:

(1) é um estado legitimado parcial e condicionalmente em que se espera que os outros tratem a pessoa doente com compaixão, apoio e ajuda; mas não é avaliada em si como uma "coisa boa";

(2) é a base de uma série de dispensas legitimizadas do cumprimento de expectativas normais no trabalho, obrigações familiares e mesmo em mostrar consideração e boa vontade em relação a outros;

(3) mediante a concepção de incapacidade, o indivíduo não é tido como responsável por seu estado, no sentido de que se poderia esperar que ele ficasse são mediante um "esforço para se erguer" por um ato de vontade; e

(4) ela tem uma meta para a ação definitivamente atribuída a qual é prioritária em relação a outras metas, qual seja a de "ficar bom". Espera-se que o paciente procure assistência técnica competente e coopere ativamente com o pessoal terapêutico em ficar bom.

Como ressaltam WAITZKIN e WATERMAN (1981), a visão funcionalista de sociedade adotada por Parsons permite delimitar o papel de doente como um espaço de desvio temporário, no qual os indivíduos são "retirados" da sociedade para que esta mantenha o controle do seu funcionamento normal. A adoção do papel de doente reduz as tensões que poderiam ser foco de uma insatisfação social quanto às causas mais amplas que estariam determinando a doença. A doença resguarda para a sociedade a possibilidade de segregação de indivíduos indesejáveis. À semelhança do criminoso, o doente é segregado para, reabilitado, retornar ao sistema social da forma esperada.

A segregação do doente é verificada, na história, desde a condenação do leproso como punido por Deus e do tuberculoso como fonte de contágio. O doente mental e os paraplégicos também inspiravam e inspiram menções de condenação divina; atemorizam e inquietam com sua simples presença. Entre o medo e a repugnância, o doente é segregado do convívio social e isolado junto a seus

pares.

O espectro da medicina como instituto de controle social assume dimensão mais explícita quando se trata do fenômeno da medicalização. Esse conceito utilizado, inicialmente, por ILICH (1975) descreve as ações médicas sobre os mais amplos setores da vida do homem. Para SINGER (1978), a medicalização se amplia por meio da crença de que, por um lado o bem-estar pode ser uma condição desenvolvida individualmente, e, por outro, a medicina dispõe de infinitas possibilidades de prolongar a vida e diminuir o sofrimento. A medicalização trouxe à jurisdição médica vários comportamentos que antes eram considerados desvios, crimes mortais ou legalmente caracterizados como tal.

A medicalização não se dá, porém, sob todo e qualquer fenômeno ou comportamento social. CONRAD (1982) cita as condições necessárias para que ela venha a ocorrer. Inicialmente, é necessário que um comportamento ou grupo de comportamentos seja definido como anormal e como problema que requer tratamento por parte de algum segmento da sociedade. É necessário, também, que o grupo que identifica a conduta anormal tenha maior poder do que aquele considerado anormal. Caso contrário não há como se estabelecer a jurisdição requerida para o controle da dita anormalidade.

As condutas anormais na sociedade podem ser controladas por vários mecanismos. Entretanto, quando formas prévias ou tradicionais de controle social são considerados ineficientes ou inaceitáveis, é provável que apareçam os controles médicos. Se o castigo, a prisão, a excomunhão passam a ser formas de punição ou controle inaceitáveis moralmente perante a sociedade, ou ineficientes, a medicina pode oferecer uma forma mais "científica" e aceitável de tratar o problema da anormalidade.

Isto requer alguma forma médica de controle social. A medicina deve dispor de instrumentos capazes de controlar a anormalidade e devolver o indivíduo ao convívio social. Como instrumentos fundamentais inscrevem-se as drogas psicoativas capazes de alterar os comportamentos indesejáveis dos indivíduos. Como salienta CONRAD (1982), a disponibilidade de mecanismos de controle médico é necessária, ainda que não suficiente, para que se leve a cabo a medicalização.

Outro elemento necessário é a existência de alguns dados orgânicos ambíguos sobre a fonte do problema. Ainda que muitas doenças não tenham uma etiologia definida, elas são passíveis de tratamento médico. O comportamento anormal aparece no quadro das doenças nas quais os dados existentes são pouco consistentes. Assim, sem ter definida as causas da anormalidade, a medicina propõe tratamentos para doenças cujos elementos científicos que apoiariam suas decisões são duvidosos e, quem sabe, insuficientes para a tomada de tais decisões terapêuticas. O elemento principal para a medicalização não é porém presença de um componente orgânico mas sim a de alguns dados sobre os quais se possa elaborar alguma hipótese biológica para explicar o problema considerado.

Para que um comportamento possa ser medicalizado é necessário que a medicina o aceite como anormal em sua jurisdição. Só na medida em que os médicos ou grupo de médicos tomem o problema como de sua competência pode haver medicalização. Nesse ponto, quando a autoridade médica começa a gerir o problema, traz para si uma nova clientela. São mais casos para serem tratados, mais clínicos, novos consumidores para medicamentos, enfim um negócio interessante. A medicalização, ao chamar para a medicina problemas sociais, isenta a sociedade de obter formas de solucionar ou contornar esses mesmos problemas.

A medicina torna-se, desse modo, mais poderosa: sob a égide do saber científico dos médicos abrem-se novos espaços para ampliarem o controle da vida social através da aplicação de princípios médicos. A medicalização individualiza as dificuldades humanas e incorpora à medicina a ordenação de aspectos da vida cada vez mais abrangentes. Isso ocorre não apenas quando atua sobre o que transforma em doença, mas também sobre o que considera saúde. A medicina dita normas de conduta para praticamente todos os indivíduos em todas as situações. Senão como tratamento, como prevenção.

O quadro da medicalização é um fenômeno inscrito na medicina ocidental que assume as características expressas por DONNANGELO (1979), isto é,

"... como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos, passa a produzir uma ação

transformadora sobre determinado objeto-corpo, o meio-físico..." (p. 19).

Assim, a medicina, como descreve o autor "... responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui". Como prática, técnica e científica a medicina se insere na sociedade. Além dos componentes técnicos e científicos, a medicina apresenta, também, componentes estruturais que estabelecem o seu vínculo com a sociedade da qual faz parte; neste sentido, a medicina de que tratamos aqui é a medicina da sociedade capitalista.

MENDES (1980) relatou uma investigação a respeito dos componentes estruturais da medicina dos quais tomamos alguns para estudo. O biologismo, elegendo os fatores biológicos como únicos componentes na origem da doença, é um dos seus aspectos fundamentais. Tal visão leva a conhecer a doença, e a sua cura, dentro de uma perspectiva individualista, tornando o processo médico a-histórico e a-social (MENÉNDEZ, 1978). Para MENDES (1980) a medicina é duplamente individualista na medida em que elege o indivíduo, isolado, como objeto de sua ação e a ele imputa a culpa direta por sua própria doença. A analogia do corpo com a máquina conduz a uma concepção do homem não como todo mas como somatório de diversos órgãos e aparelhos. Inspirada nas idéias tayloristas, a medicina passa a tratar desse corpo de forma cada vez mais especializada. Não há um homem doente: há um órgão, um aparelho, um sistema que precisa de reparos. Nessa perspectiva, a medicina desenvolve muito mais os aspectos curativos do que os aspectos preventivos. Isso dá-se em função de que a medicina curativa tem a possibilidade ampla de acumular tecnologia. Os recursos dispendidos no desenvolvimento do aparato diagnóstico-terapêutico envolvem vários setores de grande porte econômico, destacando-se a indústria farmacêutica. O potencial de diagnóstico e tratamento desenvolvido, então, necessita, no ciclo do capital, ser consumido gerando o que se pode chamar de uma indústria da cura. As vinculações da medicina vão se limitar ao consumo de seus serviços. Na realidade das modernas sociedades capitalistas essa vinculação teria uma meta prioritária: a garantia da saúde dos indivíduos que formam a força de trabalho. É o que afirma POLACK (1971), para quem toda a medicina é regulação da capacidade de trabalho. A medicina apresenta-se como instrumento de conservação e reparação da força de trabalho para o capital. Por um lado, cuidan-

do da mão-de-obra ativa no setor da produção e, por outro, garantindo a sobrevivência do exército industrial de reserva...

A oferta dos serviços médicos obedece a lógica do capital distribuindo-se de maneira diferenciada entre as camadas da população. Aqueles que têm maior poder econômico podem dispor de serviços privados, geralmente de alta qualidade técnica e fácil acesso. Enquanto isso, às populações pobres resta utilizar os serviços estatais que, ao contrário dos primeiros, são geralmente de baixa qualidade e de difícil acesso.

O baixo nível de saúde das camadas populares e o difícil acesso aos serviços de saúde são fatores reconhecidos pelo Estado; associados aos elevados custos da assistência médica levaram ao desenvolvimento de programas de atenção médica que pudessem dar cobertura as mais amplas parcelas da população, principalmente aquelas de baixa renda.

Tais programas "populares" de atenção médica, originários dos EUA na década de sessenta, se conformaram como um novo modelo de medicina e ficaram conhecidos genericamente como "medicina simplificada", "medicina integral" ou, mais modernamente, como "medicina comunitária".

As primeiras propostas brasileiras de uma medicina acessível às camadas populares basearam-se na utilização: de pessoal "auxiliar de outras categorias profissionais, constituindo-se o que poderia ser designado por trabalhador médico coletivo" (DONNANGELO, 1979); no uso de uma "medicina tecnologicamente simplificada, que posteriormente veio a ser chamada de tecnologia apropriada; e na participação da comunidade nos serviços de saúde". Dessa forma, alguns rearranjos administrativos e modificações na conduta do médico propiciaram o desenvolvimento de um novo modelo de medicina. "Assim é que, configurada também uma reforma limitada na estrutura da assistência médica, a Medicina Comunitária virá agregar aos projetos anteriores uma nova dimensão: prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico". (DONNANGELO, 1979).

A medicina comunitária introduziu nos serviços de saúde elementos até então não utilizados nas estratégias de extensão de cobertura. Desses elementos cabe ressaltar aquele que parece ter sido o foco central de várias iniciativas: a participa-

ção comunitária. Na ótica de DONNANGELO (1979) esse elemento caracterizou-se como uma participação restrita e controlada se manifestando

"...pela introdução de novos recursos tais como trabalho adicional, contribuições financeiras e técnicas, capazes de simplificar e baratear o conjunto do processo (tendo) por referência a prática técnica dominante na medicina." (p.92).

A participação tomada dessa forma, como resume MENDES (1980), aparece como uma ilusão na medida em que se restringe aos limites oferecidos pelo Estado e pela medicina. A análise das experiências mostra que aumenta a eficiência dos serviços quando se compromete a população com um serviço do Estado. Daí sua função ideológica pois na medida em que compromete os sujeitos abrindo-lhes um espaço de participação, legitima essa iniciativa mas dentro de parâmetros ditados pelo Estado.

Sob a ótica da análise até aqui apresentada pode-se re tomar a tese de POLACK (1971) quanto à função da medicina como reguladora da força de trabalho. Essa função se cumpre, principalmente, através de dois modos: primeiro, tratando dos problemas para os quais a medicina apresenta certa efetividade e, segundo, medicalizando aqueles problemas de origem eminentemente social.

Por outro lado, ainda que elementos concretos que sustentem tal tipo de análise, são de fundamental importância as considerações de MENÉNDEZ (1978) no sentido de se entender o papel da medicina como parte da estrutura da sociedade capitalista. O controle exercido pela medicina não se trata de uma construção maquiavélica dessa, mas de um processo de controle mais amplo estabelecido pelo Estado. A extensão de cobertura, que se apresentou para o Estado, em um dado momento, como forma de diminuição de tensões sociais, possibilitam o surgimento de inúmeros canais organizativos da população. Esses canais, ou "brechas" encontradas no sistema, organizados por grupos de orientação ideológica diferente daquela proferida pelo Estado, contribuíram, ainda que de forma tênue, na organização da população enquanto classe trabalhadora. Daí poder-se depreender que o papel da medicina enquanto controle é mediado por um conjunto de for-

ças sociais que se apresentam a cada momento da história. É da análise dessas forças que se pode compreender melhor o papel da medicina nas sociedades capitalistas.

2. Natureza e função da escola numa perspectiva dialética

Acerca do papel social da escola, dois enfoques básicos se apresentam para o início da discussão no presente trabalho. O primeiro deles define a função da educação como a de transmissão da experiência acumulada de uma geração a outra, a fim de dar continuidade a uma determinada formação social. Acreditando que o homem é um ser egoísta por natureza, vê na escola o local onde este, ainda jovem, permeável portanto à inculcação de valores, poderá ser moldado para a vida em sociedade. Para tanto, é necessário que a escola conduza os indivíduos à internalização e reprodução dos valores, normas e experiências das gerações mais velhas (DURKHEIM, 1972). Os princípios de tal concepção, refletem a idéia de uma sociedade harmoniosa e equilibrada e que, como tal, deve ser mantida e conservada a partir de processos de aperfeiçoamento. Nesse quadro, à escola caberia transmitir aos alunos o conhecimento sistematizado, formá-los em sua moral e cidadania a fim de cumprirem seus papéis na sociedade. Tal concepção vê as lutas dentro da sociedade como desequilíbrios eventuais dentro do todo harmonioso que é a sociedade. Tais desequilíbrios devem ser corrigidos de forma a restabelecer a ordem, a orientar a sociedade na linha do progresso.

A essa concepção tradicional de escola, estão vinculados princípios metodológicos que enfatizam os automatismos, a absorção de informações, a passividade. A tais aspectos metodolôgicos opuseram-se os formuladores das propostas da escola ativa, cujo representante mais expressivo é Dewey e que ficou conhecida no Brasil como Escola Nova. No caso brasileiro, Anísio Teixeira pode ser considerado o representante mais expressivo desse movimento. Para os "escolanovistas" a função do processo educativo, que não ocorre apenas na escola mas essencialmente nela, seria a de fornecer ao indivíduo elementos para que ele organizasse, a partir de suas vivências, um conhecimento sistematizado. Para tanto, a escola deveria partir do interesse dos alunos; estes, organizando suas experiências de vida, aprenderiam a aprender. O professor não atuaria mais como elemento disciplinador e transmissor de conhecimentos, mas sim como um dinamizador, um facilitador do processo de aprendizagem. A escola deveria comportar-se

como uma sociedade em miniatura, na qual os alunos resolveriam os conflitos de forma democrática.

Acreditavam os teóricos que tais experiências resultariam na criação de uma sociedade mais justa, igualitária e desenvolvida. As diferenças sociais existentes seriam resultado do mérito e da capacidade de cada indivíduo. A escola teria a função de educar os indivíduos de maneira a que todos, tendo duas potencialidades individuais desenvolvidas, diminuíssem as diferenças existentes na sociedade. Para esses autores, como aponta FREITAG (1980), "...as desigualdades sociais não são percebidas como diferenças geradas histórica e socialmente pelo próprio sistema social estabelecido". (p.19).

Apesar de amplamente discutida e difundida no meio educacional brasileiro, a escola proclamada por Dewey não chegou a ser implementada na maioria dos estabelecimentos de ensino do país. Vários fatores colaboraram para isto; alguns deles foram mesmo explicitados para demonstrar a inviabilidade dessa implementação, como, por exemplo, a questão do custo financeiro de tal tipo de escola ou a falta de preparo dos professores. Outros, permaneceram mais ou menos ocultos ou esquecidos como é a questão do teor de inovação trazido pela proposta. Ainda que com uma visão liberal, essa proposta carregava uma semente de transformação da escola que abalava os valores tradicionais, ao pretender formar indivíduos pensantes e ao acenar com a possibilidade de democratização no interior da escola e da própria sala de aula.

As incongruências derivadas da aceitação e assimilação do ideário acoplada à continuidade das práticas educativas tradicionais se refletem ainda hoje no sistema educacional. Por outro lado, as possibilidades de melhoria contidas na proposta, rapidamente percebidas e apropriadas pela classe dominante, determinaram o surgimento de dois tipos de escola. Por isso mesmo, algumas análises atuais, tendem a culpabilizar o ideário escolanovista pelo acirramento das diferenças entre a educação das elites e a educação do trabalhador.

Observa LIBÂNEO (1985) que esse ideário, ao invés de democratizar o ensino na sociedade, criou diferenças ainda maiores entre a escola oferecida às elites e àquela oferecida aos trabalhadores. Para as primeiras, deram-se condições de trabalho favoráveis (pequeno número de alunos por turma, material didático disponível, bibliotecas, etc.) para o desenvolvimento dos princípios do trabalho em pequenos grupos e do ensino por projetos com vistas ao desenvolvimento das habilidades cognitivas. Para a escola dos trabalhadores abandonou-se a transmissão de con

teúdos da escola tradicional e nada se ofereceu que permitisse ao aluno a apreensão de conhecimentos ou desenvolvimento de habilidades cognitivas.

Na realidade, a afirmativa do abandono da tradicional transmissão de conteúdos é, no mínimo, ousada. As análises de pesquisas, de depoimentos e da própria observação empírica certamente são reveladoras de que não ocorreram mudanças significativas nas "metodologias" usadas pelos professores e de que a ênfase na mera transmissão de conteúdos se manteve inalterada.

É, contudo, inegável, que o surgimento e a difusão de uma nova proposta educacional modificou, de algum modo, a situação até então existente.

Isto ocorreu paralelamente a voga do determinismo educacional, sensivelmente presente, na formação do professor a partir dos anos 60. Esta tendência nova no Brasil correspondia, no entanto, a uma preocupação mais geral das sociedades capitalistas avançadas, especialmente os E.E.U.U., surgida da necessidade de apoiar e justificar o avanço do processo industrial do século XIX e início do século XX. Tal processo fez com que se difundissem, por todos os setores da sociedade, as idéias de eficiência e eficácia, apoiados nos princípios tayloristas de administração da produção. As exigências de produção do sistema industrial chegaram também à escola. Fez-se necessário que se produzisse mais, melhor e em menor tempo, numa escola cuja função básica era a produção de mão-de-obra qualificada para o sistema produtivo. É de se entender que a qualificação não se limita ao fornecimento das competências técnicas básicas para o trabalho mas, também, e mais acentuadamente à difusão e internalização dos princípios da obediência, da ordem e da disciplina. Para tanto, métodos e técnicas eficientes deveriam ser utilizadas. Passou-se a desenvolver um processo educativo baseado na técnica e na racionalidade. Assim, "... buscou-se planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem por em risco sua eficiência..." (SAVIANI, 1983, p.6). A escola preocupou-se, desse modo, com uma formação massificada, ao mesmo tempo que fazia o discurso do indivíduo tecnicamente competente. À luz de uma pretendida racionalidade abandonou-se a visão tradicional da transmissão de valores pela escola e a proposta de formação

do indivíduo democrático da escola nova.

Esta perspectiva correspondia à idéia de que a sociedade, ao invés de ser aperfeiçoada pela democracia escolanovista, seria ordenada através de princípios científicos, que reorganizariam as alterações negativas do sistema produtivo. Buscou-se, dentro da sociedade, o desenvolvimento desses processos desde a produção industrial até os serviços sociais, marcadamente a saúde e a educação.

O segundo enfoque básico sobre o papel da escola é aquele proposto pelos chamados crítico-reprodutivistas. Dentro dessa concepção, podemos citar as contribuições de Althusser, relativa aos aparelhos ideológicos do Estado; Bordieu e Passeron, com a teoria da violência simbólica; e Baudelot e Establet, com a análise da escola dualista. O papel desses autores foi fundamental, nos anos 70, para o entendimento do papel ideológico da escola na sociedade de classes. Propondo-se a demonstrar que à escola caberia reproduzir a estrutura de classes das sociedades capitalistas, os crítico-reprodutivistas colocaram a escola sob uma nova ótica que, segundo SNYDERS (1981), já constava das análises de Marx e Lenin. Porém, as novas análises, mais do que reproduzir aquelas de Marx e Lenin, desvendaram os mecanismos dos quais a escola se utilizava na reprodução da sociedade, como o "habitus" de classe do professor em Bordieu e Passeron e o sistema dual da escola francesa em Baudelot e Establet. Mesmo que tais teorias não tenham impressionado significativamente o cotidiano escolar, há uma numerosa produção de literatura e de pesquisas de autores nacionais ligada diretamente àquela fonte. Essa produção tem contribuído para ampliar a compreensão da natureza de nossa escola e dos resultados de seus desempenhos junto a alunos da classe trabalhadora.

Tratando do tema, VELLOSO (1980) afirma que "... a escola, em sua função racionalizadora, desenvolve traços de personalidade compatíveis com a estrutura do emprego na sociedade, diferenciando-se por classe ou grupo social". Assim, a escola das elites prepara os futuros dirigentes enquanto que as escolas "populares" preparam a força de trabalho. TRAGTEMBERG (1982) reforça esse aspecto ao considerar que "... a escola é um elemento de disciplinação da futura mão-de-obra para a indústria e para a burocracia do Estado".

A contribuição dos teóricos crítico-reprodutivistas foi, sem dúvida, um momento fundamental para o entendimento do papel da escola na sociedade de classes. Porém, é importante considerar que, se por um lado essas teorias desvendaram funções da escola até então ocultas, por outro, não vislumbraram algumas possibilidades de uma ação transformadora da escola. O argumento da reprodução não levou em conta a dinâmica da sociedade, suas contradições; o movimento da história.

A crítica às teorias reprodutivas aponta uma nova possibilidade para a escola. Aquilo que MELLO (1980) chamou de "vir a ser" da escola, da possibilidade de colocar a escola a serviço dos trabalhadores.

Este "vir a ser" da escola estaria embutido no proveito que as classes dominantes têm, de uma forma ou de outra, ao instruir os trabalhadores para o desenvolvimento do trabalho produtivo, que apresenta-se tecnologicamente cada vez mais complexo. Essa instrução, quando acompanhada de uma visão de classe e de uma percepção crítica da sociedade, permitiria aos trabalhadores adquirir um conhecimento que não levaria, necessariamente, a "um desvelamento completo da dominação", mas a "uma visão de mundo menos mística e folclórica, mais integrada" (MELLO, 1980).

Para BOWLES e GINTIS (1981) a luta econômica entre trabalhadores e capital tem sua expressão ao nível educativo. Na medida em que as elites buscam na utilização da escola uma forma de legitimar as desigualdades através de um mecanismo racional e meritocrático que justifique a posição econômica do indivíduo, os trabalhadores e outros grupos de oprimidos procuram na escola formas de obter segurança material, cultura, distribuição mais justa de renda, uma forma de desenvolvimento pessoal que conduza a uma vida mais feliz.

Então, ao mesmo tempo em que a escola reproduz as relações de classe da sociedade, aparecendo como um direito de todos negado à maioria, pode vir a fornecer aos trabalhadores elementos que, quando bem apropriados, permitiriam a esses mesmos trabalhadores compreender o universo que os cerca e, a partir da sua condição de classe, perceberem a dominação dentro da sociedade e organizarem-se para superá-la. Ainda que a escola não seja vista como elemento superador do conflito social, se lhe reconhece a possibilidade de vir a contribuir nesse processo de superação.

Os adeptos dessa linha crítica de pensar a educação de alguma forma, declaram suas esperanças de que a escola possa vir a contribuir na emancipação dos trabalhadores; neste sentido, pro põem o que pode ser chamado de uma linha pedagógica pro gressista. A difusão dessas idéias tem sido grande nos meios educacionais, marcadamente entre autores em evidência. Entretanto, se o discurso se difunde entre os professores o mesmo não se pode di zer em relação às práticas pedagógicas propostas por esse discurso. Com exceção de alguns movimentos empreendidos por determinados grupos junto às camadas populares, ao nível das escolas ele é pouco expressivo, carregado individualmente por alguns professores.

A elaboração mais aprofundada do pensamento pedagógico progressista levou à cristalização de diferenças entre duas correntes centrais que hoje polemizam o meio educacional

A primeira linha ou tendência pedagógica progressista percebe a educação sob o enfoque da conscientização sócio-política, ou seja, da formação de uma consciência política entre os trabalhadores: "defendendo as idéias de que uma democracia precisa mais de uma massa consciente do que de uma inteligência esclarecida"(GADOTTI, 1984). O essencial não é o conhecimento adquirido mas, sim, o processo de conscientização enquanto tal.

A segunda tendência é aquela inaugurada por SAVIANI (1983) na tentativa de resgatar as qualidades vistas na escola tradicional, enquanto fornecedora de conteúdos, e de combater as propostas não-diretivas da escola-nova, que sob a égide do "aprender a aprender" suprimiu a transmissão de conhecimentos da escola primária. Assim, essa tendência preconiza uma escola voltada para a aquisição de "conteúdos culturais universais que constituiriam em domínios de conhecimento relativamente autônomos, incorporados pela humanidade, mas permanentemente reavaliados, face às realidades sociais" (LIBÂNEO, 1985). Favorecer a aquisição de conteúdos de forma crítica seria, nessa tendência, a forma pela qual a escola poderia contribuir nas lutas das camadas populares por melhores condições de vida. Os defensores da pedagogia crítico-social dos conteúdos afirmam que a escola deve recuperar o seu papel essencial de transmissão do saber socialmente acumulado. A partir do domínio crítico desse conhecimento, os trabalhadores poderiam, então, usá-lo a favor do seu processo de sua emancipação enquanto classe. Tal posição é criticável na medida em que nada garante que a aquisição de conhecimento desenvolva

junto aos trabalhadores uma consciência de classe que promova ou estimule a sua emancipação.

Está contida nessa perspectiva a idéia de que existem saberes organizados, prontos a serem repassados através da escola. Se é fato que o conhecimento sistematizado faz parte da herança cultural das sociedades, a idéia da transmissão ou socialização desse conhecimento deixa, no mínimo em segundo plano, a questão da construção social do conhecimento e os elementos constituintes do processo de aprender como processo de construir. Também deve ser considerado como tais conhecimentos foram gerados e qual a intenção de classe envolvida nesse processo. A reflexão sobre a realidade como meio de formar uma consciência crítica pode, e deve, se subsidiada pelo conhecimento já construído. O conhecimento quando tratado de forma crítica, entendendo essa "forma crítica" como uma posição de classe sobre o conhecimento, pode ser condição necessária, mas não suficiente no processo de emancipação das classes trabalhadoras. No entanto, adverte WITTMAN (1987):

"A transmissão de conhecimentos por mais crítico-social que se proclame, tende a ser uma forma de imposição autoritária de quem pretensamente sabe sobre quem é considerado alguém que não sabe..." (p. 8).

Entretanto, o mesmo autor afirma:

"O conhecimento a ser trabalhado na escola só faz sentido na exata proporção de sua contribuição para a apreensão e compreensão da realidade pelo educando." (WITTMAN, 1987, p.10).

O conhecimento, aparente foco central da discussão, não é negado, como algo importante por nenhuma das tendências que polarizam a educação escolar. Não parece que ensinar alguma coisa na escola seja algo condenável. A questão centra-se mais no "para que ensinar, como ensinar e o que ensinar".

Se ambas as tendências apresentam argumentos prós e contra, GADOTTI (1984) talvez tenha resumido as advertências mais

significativas em torno da discussão. Para ele, enquanto a primeira "pode cair na armadilha do espontaneísmo", a segunda "pode cair na armadilha do autoritarismo".

Se tais tendências, de uma forma ou de outra, aparecem como posições antagônicas, o fato que lhes é comum, como afirma GADOTTI (1984), é o "compromisso político dos defensores das duas tendências: ambas traduzem estratégias de ação político-educativa, mas estão incluídas numa mesma concepção popular e dialética da educação". (p. 26).

Embora a discussão das pedagogias progressistas se proponha a um avanço qualitativo na educação oferecida nas escolas destinadas aos filhos dos trabalhadores não responde, até agora, a questão do que e de como ensinar aquelas crianças que constituem a grande massa dos fracassados escolares, ou seja, aquelas que não vencem a barreira das primeiras séries do 1º grau.

É em torno desta questão que surgem pesquisadores que se propõem a trabalhar com métodos que privilegiam a construção do conhecimento pela criança. Tal construção se dá através de um processo de ação-pensamento relacionado ao meio próximo com que a criança interage. A partir daí, abre-se a possibilidade de, ao mesmo tempo, trabalhar o mundo concreto e o conhecimento sistematizado mediados pela reflexão crítica. Assim, a criança leva para a sala de aula o seu cotidiano; é sobre esse cotidiano que se constroem os conhecimentos específicos da escrita e da matemática. Isso supõe princípios metodológicos que levem em conta e necessidade de ação sobre o ambiente, a fim de que, através da interação com os objetos de seu mundo, possam, as crianças, desenvolver sua capacidade de pensar.

Entende-se que essa capacidade de pensar é o princípio que pode levar os indivíduos a uma análise crítica do mundo em que vivem. E ela está estreitamente ligada à natureza do objeto pensado.

A construção desse pensamento crítico na criança se dá mediante o que poderíamos chamar de condições básicas do processo pedagógico. A primeira seria a necessidade de permitir que a criança pensasse de forma autônoma, exprimindo as relações entre os objetos, ou elementos do seu mundo, segundo o seu próprio entendimento. A expressão do pensamento autônomo da criança, só po

de se dar em um ambiente de cooperação. A segunda condição básica - liberdade e aceitação - permitiria à criança argumentar sobre seus pensamentos com os demais colegas e com o professor. O exercício originado desse trabalho possibilitaria ao aluno adquirir, gradativamente, os elementos necessários para a elaboração de formas lógicas de pensamento. Sobre a necessidade da criança elaborar sua própria forma de pensar, SASTRE e MORENO (apud RANGEL, 1985) afirmam:

"... forçar a criança a aprender conceitos que lhe são estranhos, supõe colocá-la muito cedo no caminho da alienação intelectual, porque se ela não tem razões próprias para utilizar os conteúdos intelectuais que ela não construiu por si mesma, deve apoiar-se sobre razões do adulto, sacrificando, assim, seu próprio raciocínio ao do adulto ou, o que significa mesmo, substituindo a razão pela crença, porque aquilo que não se pode compreender só se pode aceitar por um argumento de autoridade." (p. 17).

Acreditamos que qualquer pedagogia que não leve em consideração a construção do conhecimento pela criança será um treinamento alienante o que não deixa de ser uma doutrinação ideológica.

3. A relação saúde-educação no âmbito escolar

A origem das propostas de desenvolvimento de ações de saúde na escola é encontrada no modelo da política médica alemã que surgiu no início do século XVIII. ROSEN relata a orientação de um manual para funcionários estatais no que se dispunha:

"... detalhadamente sobre o atendimento às escolas e supervisão das instituições educacionais, particularmente desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo, até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula." (LIMA, 1985, p.80).

As recomendações sobre o espaço físico fixavam normas sobre o tamanho das salas em relação ao número máximo de alunos, sobre iluminação, ventilação, disposição das carteiras dos alunos e da mesa do professor e as condições gerais de salubridade do prédio. Em relação aos alunos, dispunha-se sobre o número de horas de aula e de intervalos, períodos de estudo e descanso durante o dia, orientação para a prática de esportes e o desenvolvimento de hábitos sadios de higiene física e moral. Para MACHADO (1978), as disposições quanto ao espaço físico e ao indivíduo "... são inter-relacionadas na medida em que uma determinada disposição do espaço permite não só garantir as condições de saúde física, que por sua vez garantem a saúde moral, mas também porque permite um maior conhecimento, controle e intervenção sobre o indivíduo". (p.299).

Para COSTA (1984), as atividades de educação higiênica do século XIX buscaram criar um "corpo robusto e saudável". Mas na busca do modelo físico ideal, abriram espaço para a ideologização do corpo, permitindo o desenvolvimento de princípios racistas que serviam "... para explorar e manter explorados, em nome da superioridade racial e social das elites brancas, todos os que, por suas singularidades étnicas ou pela marginalização social, não lograssem, conformar-se com o modelo anatômico constituído pela higiene". (p.13).

As intervenções da medicina sobre o ambiente escolar foram se ampliando, seguindo as orientações apregoadas pelo desenvolvimento do próprio setor. Novas formas de encarar a higiene escolar surgiram dentro de proposições mais técnicas, apoiadas no desenvolvimento científico-tecnológico.

As descobertas sobre a origem bacteriana das doenças abriram um novo campo de intervenção da medicina sobre a vida do homem. Tais descobertas refletiram-se no âmbito escolar na medida em que possibilitaram que a normalização do espaço escolar se justificasse através de critérios mais científicos. Os avanços que se referem à possibilidade de controle das doenças transmissíveis, através do isolamento dos casos contagiosos, trouxeram consigo "... antigas propostas de uma intervenção mais ampla no mundo escolar". (LIMA, 1985).

A problemática da saúde dentro dos limites da escola foi sendo abordada cada vez com mais ênfase e especificidade. Es

sa problemática volta-se, ao mesmo tempo, para o atendimento a saúde do escolar, como prática assistencial, e para a difusão de normas e preceitos, relativos a conservação da saúde, como prática educativa. Ela envolve, portanto, de um lado a presença do médico para o atendimento aos alunos e de outro a organização de programas educativos desenvolvidos pelo professor. Assim, a problemática da saúde passa a ser trabalhada em dois níveis: um o assistencial podendo ser nominado de saúde escolar, outro o educativo chamado de educação da saúde. A atenção dada a questão da saúde na escola pode ser notada no Brasil quando a partir de 1925 foi instalado, em São Paulo, o primeiro Curso de Formação de Educadores Sanitários. O curso destinava-se a professores que atuavam nas escolas com essa função específica. Nesse período observava-se que as recomendações referentes à saúde não se restringiam ao espaço físico e hábitos de higiene, mas passam, também, a considerar a necessidade de assistência médica e a distribuição de merenda aos alunos considerados desnutridos. Respondendo a essa nova tendência, a escola passa a ser o centro da instrução quanto aos "bons hábitos" de saúde. As afirmações de que é mais fácil criar hábitos sadios junto à criança com a personalidade ainda em formação do que em adultos já formados intelectual e moralmente são elementos característicos dessa época. Os conteúdos desenvolvidos apresentavam forte orientação moral. Observa-se, por exemplo, que CARLOS SÁ, em seu livro "Higiene e Educação da Saúde" (1944), refere "cabelos penteados", "prazer em trabalhar 4 horas por dia", "função da vestimenta como de ornato, muito em relação ao sexo", como indicativos de boa saúde.

O ensino da saúde manteve-se no mesmo padrão tradicional da escola. Um forte componente disciplinar orientava a conduta dos alunos. As instruções iam desde uma correta postura física até a delimitação da imaginação que "deve ser sadia, bem orientada, para influenciar beneficemente o trabalho vital de todos os nossos órgãos" (BAPTISTA, 1941). O controle sobre os indivíduos envolvia as dimensões físicas e morais que se alguma forma, pudessem ser atingidos. O corpo podia ser controlado pela coação física e moral, sendo esta regida, em algumas instâncias, pelo temor à doença.

A higiene propiciou a criação, sob a égide da "ciência", de um modelo de homem a ser atingido. Física e moralmente, a educação da saúde criou o aluno ideal que, em última instância, obedecia aos padrões da classe dominante.

Como salienta LIMA (1985) a década de quarenta marcou o apogeu do movimento da Saúde Escolar como componente curricular e como prática assistencial.

Nos anos cinquenta a escola deixou de ser o foco principal das ações de saúde. O Estado passou a concentrar seus esforços no sentido de atender as populações pobres e grupos ditos marginalizados, geradores de grandes tensões sociais (COSTA, 1984).

No final dos anos sessenta ocorre uma mudança nas políticas de saúde, voltando os meios acadêmicos e governamentais a se interessarem pela questão da saúde na escola.

Ao contrário das concepções de ordem e moralidade que inspiravam os modelos anteriores, a saúde aparece em uma concepção orientada pelos princípios da educação tecnicista. A busca de ações educativas que mostrem eficiência e eficácia no desenvolvimento de hábitos e atitudes promotoras de saúde é privilegiada.



O professor não reassume o modelo de educador sanitário em voga na década de quarenta; não estando mais restrito à ação na sala de aula. O modelo da educação da saúde passa a preconizar a atuação do professor junto a equipe de saúde. As propostas de atuação para as equipes de saúde foram profícuas nesse período envolvendo desde a participação do professor nas equipes de saúde que atuavam especificamente na escola até aquelas que atuassem nas comunidades como um todo. A escola e o professor passaram a ser tomados como agentes de saúde que atuariam junto com o médico e os demais profissionais que passaram a integrar os serviços assistenciais dentro da escola.

Se encaradas com rigor essas propostas apresentaram o professor como auxiliar intermediário entre o aluno e a equipe de saúde. Fazendo, assim, parte da burocratização e tecnificação do espaço escolar que se concretiza com o surgimento dos especialistas educacionais e dos especialistas escolares na área da saúde. Define-se o médico-escolar, como sub-especialidade da pediatria; o psicólogo escolar além da posição de enfermeiro-escolar, nutricionista e odontólogo.

Tais proposições fizeram mais parte do discurso do que propriamente da realidade das escolas. Algumas áreas, como a psi

cologia, conseguiram galgar espaços no mundo escolar, porém, outros não avançaram além das proposições acadêmicas.

Com a publicação da Lei 5692/71, que torna obrigatório o desenvolvimento dos Programas de Saúde, o ensino da saúde toma, por um momento, novo impulso. Os trabalhos realizados em torno desse período caracterizam o precário estado da saúde dos escolares, o despreparo do professor primário para desenvolver programas de ensino da saúde tais como aqueles requeridos pela lei. A produção acadêmica dirige seus esforços para propostas como a implantação de disciplinas sobre saúde no curso de formação de professores (MARCONDES, 1968, CASTELAM, 1974) e cursos de treinamento e sensibilização de profissionais da saúde para trabalharem junto a professores e escolares (DOMINGUES, 1970, DAMIÃO, 1970, SERBINO, 1973, PEREIRA, 1977). Tais autores denotam preocupação com a formação do professor e as condições de saúde dos escolares, chamando a atenção para a necessidade de um trabalho integrado entre professores, técnicos em saúde e comunidade. NICCÁCIO (1983) observa, porém, que em tais trabalhos "a pretensa neutralidade com que o problema é tratado e sua desvinculação com o aspecto estrutural da sociedade constituem forte limitação".

À publicação da lei 5692/71 seguiram-se as orientações para a implantação do ensino da saúde, denominado no texto legal de Programa de Saúde, em caráter obrigatório. A formulação dessas orientações foram dadas pelo parecer 2264/74 do Conselho Federal de Educação (CFE).

O referido parecer merecerá análise em 3 partes fundamentais que bem caracterizam o pensamento da época em torno da saúde e da educação.

A manifestação do CFE espelhou um modelo de ensino da saúde que tomava como fundamento o paradigma da medicina científica. Entende-se, aqui, como medicina científica o paradigma desenvolvido a partir do Relatório Flexner publicado em 1910 pela Fundação Carnegie (MENDES, 1980). Assim, as críticas descritas por MENDES (1980) à medicina científica encontram alvo no documento do CFE.

A definição de saúde utilizada no parecer é aquela dada pela OMS, porém ressalta o documento:

"Ainda que se possa focalizar a saúde como um estado de equilíbrio ecológico, e possa a educação ser, encarada no seu contexto ecológico e ecológico social, é para o indivíduo e sua ação que ela deve se dirigir prioritariamente.

O objeto e os objetivos do ensino da saúde na escola devem centrar-se no indivíduo e na sua formação e é para esses que se dirigem o interesse e a vocação do educador". (CFE).

Mais adiante refere

"A educação da saúde, como será focalizada, refere-se, fundamentalmente, aos conceitos e atitudes do indivíduo:

- a) que o habilitam a selecionar, no processo de atendimento de suas necessidades biológicas, afetivas e sociais, condutas e meios que levem à saúde e ao seu bem-estar;
- b) que o tornam capaz de colaborar na defesa e recuperação da saúde e bem-estar próprios ou de outros;
- c) que o levam a adotar condutas tendentes a preservar e melhorar as condições do meio-ambiente e a evitar sua deterioração."

Na definição dos objetivos da educação da saúde, o primeiro item apresentado propõe-se a:

"Desenvolver no aluno atitudes e competências que, baseadas na compreensão do ambiente em que vive, o levem a assumir responsabilidade individual de promover e conservar a saúde própria, de sua família e da comunidade."

A ótica do parecer aceita que exista uma dimensão mais ampla (ainda que limitada) de saúde quando refere-se a sua dimensão ecológica. Entretanto, o documento opta, claramente, por um tratamento individualista da questão. As ações mais amplas, sociais, devem partir do sujeito que, na ótica do documento, agirá individualmente sobre o meio coletivo.

Na explicação da "doutrina da educação da saúde", que fundamenta a metodologia do ensino da saúde, é seguida a mesma estrutura de argumentação. Ou seja, são apresentados os elementos "mais amplos" que envolvem a questão da saúde como:

"É preciso entender e reconhecer que a saúde está relacionada com todas as fases evolutivas da vida humana e com todos os seus aspectos físico, mental, emocional e social.

É relevante considerar que a educação da saúde deve levar ao conceito de que a saúde é o resultado de múltiplos fatores ligados às diversas áreas de atividade humana, possuindo por isso implicações com diversos ramos do conhecimento, e não é consequência apenas da assistência médica."

Entretanto, a ênfase no indivíduo expressa-se bem quando afirma que:

"É mister considerar que o ensino da saúde objetiva essencialmente criar hábitos e atitudes que visam a melhorar as condições da vida diária, no momento mesmo em que esses hábitos se adquirem, e não somente preparar o aluno para a vida adulta e nem apenas e muito menos, para adquirir conhecimentos e acumulá-los.

É necessário reconhecer que a preservação da saúde é um direito e um dever de cada ser humano. A finalidade da educação da saúde é criar pessoas saudáveis, e não neuróticas.

É indispensável que o enfoque do valor da preservação da saúde seja o objeto principal dessa educação: o positivo, o sadio devem predominar sobre o negativo, o doentio, o patológico."

A metodologia e os conteúdos da educação da saúde mantêm o mesmo enfoque. Isso denota-se, em parte, pela centralização, em um primeiro momento, no desenvolvimento de hábitos de higiene corporal. Por outro lado, é claro, em todos os momentos, que a saúde é tomada como um fenômeno individual, como se expressa no objetivo conclusivo:

"O que se espera é que o educando, ao deixar a escola, tenha adquirido noções básicas, hábitos e conhecimentos necessários para manter sua saúde, possa procurar adequada e tempestivamente recursos de tratamento em caso de doença, e possa ter o senso de responsabilidade de seu papel na manutenção da saúde própria, de sua futura família e da comunidade."

As perspectivas do documento oficial está estritamente referida ao que aponta MENDES (1980) quando diz que

"A medicina científica é duplamente individualista. Primeiro, ao eleger como seu objeto, o indivíduo; segundo, ao aliená-lo, excluindo, da sua vida os aspectos sociais. Daí, poder-se imputar ao indivíduo a responsabilidade pela própria doença."

O individualismo com que é tratado o ensino da saúde é melhor analisado pelo ângulo da pedagogia. CHARLOT (1979) afirma que o funcionamento da pedagogia assenta-se, entre outros, no "...postulado, implícito ou explícito, mas sempre fundamental, transportando o social para o individual...". Por consequência "o indivíduo é responsável: primeiro, por seu próprio destino; segundo, pelo funcionamento da sociedade". Ao encontro do pensamento de Mendes, quando se refere à medicina, CHARLOT (1979) afirma, referindo-se a pedagogia, que "o indivíduo socialmente infeliz deve responsabilizar a si mesmo, isto é, aos limites de sua inteligência ou sua própria preguiça" (p. 42).

A postura individualista francamente adotada leva, por consequência, à formulação dos programas de saúde na direção do desenvolvimento do ensino sob forma de aquisição de hábitos e atitudes. Dessa forma o documento expressa:

"Estes objetivos, em resumo, enfatizam a criação de hábitos e atitudes e, subsidiariamente, a aquisição de conhecimentos básicos que justificam, alicerçam e tornam compreensíveis, racionalmente, aqueles hábitos e atitudes."

Os hábitos e atitudes a serem desenvolvidos pelos alunos estão centrados em aspectos da higiene corporal. Essa opção aparece em vários momentos, tais como:

"O asseio corporal do aluno deve ser encorajado; as vantagens de uma alimentação equilibrada devem ser analisadas; o papel dos microorganismos no ciclo ecológico e nos processos de fermentação de interesse do homem (o pão, o vinho, a coalhada, o queijo, a penicilina), hã de ser ressaltado, ao lado dos aspectos da patologia microbiana."

Da forma como está proposto, o ensino da saúde vai se emoldurando de uma visão individualista facilitada pelo caráter bioligicista com o qual a saúde é enfocada. Em síntese, a saúde é uma responsabilidade individual do sujeito e a doença, de origem sempre biológica e preferentemente infecto-contagiosa, é causada pela ignorância ou pouco cuidado do sujeito para consigo mesmo.

Entretanto, o documento propõe, como tentativa de resguardo do seu caráter individualista, a considerar o coletivo sequenciando em vários momentos, apos a menção ao sujeito, a família e a comunidade. Estabelecendo uma espécie de hierarquia onde primeiro aparece o indivíduo, depois sua família e por último sua comunidade.

O parecer trata, na sua análise, de algumas possíveis dificuldades para o desenvolvimento dos programas de saúde. Para tanto formula, em um primeiro momento, "pré-requisitos básicos para a elaboração e a implantação de programas adequados de saúde" a saber:

"a) a existência de recursos humanos e materiais para o planejamento e desenvolvimento da educação da saúde na escola;"

"b) a disponibilidade de um mínimo de recursos médico-sanitários na comunidade ou na área em que se situa a escola;"

"c) a existência de um mínimo de possibilida-

des para a prática de uma vida higiênica (disponibilidade de alimentos, de água potável, de sistema de remoção higiênica dos excretos).

Além disso requer para a escola

"As condições higiênicas do prédio escolar, a limpeza das instalações, a provisão higiênica da água, as disponibilidades de lavatórios, os sistemas eficientes de eliminação de excretos e lixo, os hábitos higiênicos dos professores e do pessoal administrativo, as condições adequadas de trabalho escolar, de recreio, de desenvolvimento das atividades de educação física, a segurança das instalações e as medidas de segurança nas atividades escolares, a prevenção de contágio de doenças transmissíveis são muitos dos aspectos que devem ser vividos para serem aprendidos."

Esses quesitos apresentados são, sem dúvida, o mínimo que se esperaria para o desenvolvimento de uma condição humana de vida. Por outro lado, a formulação dessas condições como pré requisitos de um programa de saúde o tornam impossível de ser desenvolvido em uma grande parcela, senão a maioria, das escolas brasileiras.

As relações da educação da saúde com a realidade do aluno representam a ótica individualista da questão quando, no item (d) da estratégia de capacitação do professorado, propõe:

"d) estabelecer objetivos educacionais do programa de saúde com base no conhecimento dos hábitos da população condicionantes dos problemas de saúde da comunidade;"

Tal conhecimento que poderia mostrar os condicionantes sociais da saúde acaba por orientar a busca das causas da doença no comportamento dos indivíduos e não nas relações sociais das quais esses indivíduos fazem parte. A proposição é retomada no item (f) quando requer:

"f) adequar o conteúdo do ensino para a saúde

ã realidade sanitária e sócio-econômica local, bem como aos modos de pensar e perceber da população."

Esta formulação parece destoar do conjunto do parecer e é até contraditória com a análise dos "preconceitos culturais" que porventura possam ser encontrados no ensino da saúde. Essa idéia do preconceito está presente no próprio documento, quando a firma:

"É de considerar-se, também, que algumas comunidades são refratárias às mudanças culturais e é conveniente que haja um esforço no sentido da evolução de seus hábitos e atitudes pertinentes aos programas de saúde."

Assim, os programas de treinamento deverão capacitar os professores para

"1) avaliar o processo de educação em saúde, encarado como um processo para a evolução cultural."

Esta concepção evolucionista, oriunda do século XIX, permitiu classificar os povos europeus como civilizados e os demais como primitivos selvagens, que ainda não tinham chegado ao estágio evoluído. Daí servir "...aos propósitos de legitimar o processo que se vivia de expansão e consolidação do domínio dos principais países capitalistas sobre os povos do mundo...". Assim, "os povos não europeus foram considerados inferiores e, isso usado para seu domínio e exploração" (SANTOS, 1983). Ou ainda, como salienta MATTA (1979), fundamentado na "...encarnação da sociedade branca, tecnológica, européia...".

No que concerne a saúde, o pensamento é o mesmo do século XIX, quando se pretendia higienizar os povos selvagens, levando-lhes a saúde. MENDES (1984) refere como um dos paradigmas da medicina científica a exclusão das práticas alternativas, como as formas populares de medicina mágica ou religiosa, sob o argumento de sua ineficácia frente aos padrões estabelecidos pela medicina científica. Tal processo de exclusão transparece no documento do CFE em análise que recomenda a procura da "assistência médica sempre que possível e não a do "curandeiro". Contrastantemente, a Organização Mundial da Saúde recomendou através da

Conferência de Alma-Ata (1979) a incorporação dos praticantes da medicina tradicional (popular) ao sistema de saúde, considerando a importância daqueles na medida em que, tendo prestígio na comunidade, são capazes de incentivar e influenciar as populações a aderirem a programas desenvolvidos pelo sistema de saúde.

A análise deixa claro que o Parecer 2264/74 do Conselho Federal de Educação orientou a elaboração e implementação dos programas de saúde dentro de uma ótica individualista, biologista e considerou a questão da saúde restrita sem tomar as sociais e históricas como condicionantes da situação de saúde das populações.

No Rio Grande do Sul a implantação dos programas de saúde foi instrumentada pelas Diretrizes Curriculares para Programa de Saúde no Ensino de 1º Grau formuladas pela Unidade de Pesquisa, Supervisão e Orientação Educacionais da Secretaria da Educação e Cultura do Estado em 1975.

Se por um lado as diretrizes apresentam uma outra formulação do conceito de saúde, na tentativa de superar o idealismo daquele proposto pela OMS, por outro mantém os princípios orientadores do Parecer 2264/74, do CEF. A estrutura geral de argumentação das diretrizes curriculares, de certa forma, apresenta uma concepção mais técnica ligada à questão da saúde na medida em que direciona para questões objetivas como a própria formulação dos conteúdos a serem desenvolvidos. De forma mais dissimulada, as diretrizes curriculares da SEC reproduzem, ao nível estadual, os princípios orientadores do CEF sobre o ensino da saúde na escola.

¶ A problemática da educação da saúde no âmbito da escola de primeiro grau alia duas questões sociais, a de educação e da saúde, em uma dimensão que se presta mais ao controle e a individualização das questões sociais do que propriamente à melhoria da saúde dos escolares. |

As discussões sobre a escola colocadas hoje na pauta dos educadores brasileiros estão bastante afastadas da educação da saúde. Questões mais emergenciais como a alfabetização, a evasão e repetência concentram, como não deveria deixar de ser, a atenção e esforço desses educadores. Nessa medida, a educação da saúde ainda se orienta pelos princípios de uma escola tradicio-

nal que, senão arcaica, longe está de aproximar-se do debate atual sobre a escola brasileira. Mais fecundo que esse, o debate sobre a assistência ao escolar se trava com relativa intensidade mas não traz a si a problemática da educação da saúde. | Em suma, a questão está presente, mas não tem merecido o tratamento que responda as questões da saúde dentro de uma visão educacional e social mais ampla.

CAPÍTULO II

APROXIMAÇÃO DO PROBLEMA, QUESTÕES E OBJETIVOS TRABALHADOS NA PESQUISA

1. A experiência do Programa PERICAMPUS/UFRGS até 1989

A participação de pessoas na área da Saúde dentro do Programa PERICAMPUS iniciou-se em 1982 com um projeto de atuação junto à comunidade; nos anos subsequentes, o "grupo da saúde" foi, gradativamente, "aproximando-se" da escola. Essa aproximação deveu-se a circunstâncias favoráveis surgidas nas escolas de 1º grau que demonstravam interesse em trabalhar com a questão da saúde. Ao mesmo tempo, dificuldades de ordem política emergiram dentro da comunidade, por força da campanha eleitoral para a prefeitura do município. Em 1983, após um período de discussões com a equipe da primeira escola envolvida com o PERICAMPUS, foi planejado e desenvolvido um curso de extensão, intitulado "Princípios Básicos de Educação para a Saúde" ministrado aos professores (Escola Municipal Anita Garibaldi - Vila Jardim Universitário). O curso tinha como objetivos: 1) fornecer informações básicas de saúde; 2) trocar experiências com os professores em relação aos seus conhecimentos sobre saúde; 3) servir de estímulo à discussão e organização do grupo de saúde. A experiência do curso foi repetida, em 1984, em outra escola de uma das vilas do 4º Distrito de Viamão. Nesta, o curso voltou-se para os pais de alunos, preferencialmente daqueles atendidos por estudantes estagiários de Orientação Educacional, participantes do Programa.

A atuação junto às escolas, envolvendo pais e professores, configurou com maior clareza uma série de questionamentos a respeito de como vem sendo tratada a questão da saúde dentro da escola, principalmente naquela que atende às crianças oriundas de famílias de baixa renda.

A primeira constatação foi a da quase inexistência de uma ação consistente. A prova é de que só se registrou, como programa institucional de saúde escolar, desenvolvido nas escolas da área do Programa PERICAMPUS, a ocorrência de orientação visando a saúde oral das crianças através de uma circular da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado, afixada na secretaria de uma escola, com informações sobre um Programa de prevenção de cáries pelo uso do flúor.

Apesar desse vazio de ações formais, as observações do cotidiano das escolas levaram a crer que os professores desenvolviam "noções de saúde" junto aos alunos. Tais noções relacionavam-se, principalmente, à higiene corporal e se desenvolviam de forma assistemática, atendendo a uma orientação geral não explicitada formalmente, mas transmitida para os alunos sob uma dimensão bastante normativa.

Durante o período em que ocorreram as atividades do projeto de saúde junto às escolas, geralmente a equipe foi bem recebida e o interesse dos professores e direções das escolas no atendimento à saúde dos alunos foi sempre marcante. De forma não perfeitamente explícita eram depositadas grandes expectativas nas possibilidades que os projetos apresentavam no sentido de melhorar a situação da saúde dos alunos. Inicialmente, a maior dificuldade da equipe foi esclarecer e justificar aos professores que o projeto não se propunha diretamente a oferecer atendimento médico às crianças; tratava-se de procurar juntos, alguns elementos que permitissem, talvez, uma melhoria no atendimento do processo de saúde/doença através da compreensão da sua determinação social.

Essa discussão, continuada durante o desenvolvimento do projeto, em 1983 e 1984, com os professores, tornou mais claro o motivo principal que os levava à aceitação de nossa presença, ou seja, a necessidade de o professor instrumentar-se para trabalhar com os alunos, alguns dos quais eram por ele considerados "doentes". Na maioria das situações, os professores manifestaram interesse em discutir temas como: desnutrição, doenças comuns e problemas de comportamento (caracterizados como problemas de disciplina), entre outros. A ênfase dos professores sugeria uma tentativa de transferir os problemas do trabalho com o aluno e do rendimento desse do âmbito educacional para a questão da saúde, isto é, a possibilidade de transformar o problema pedagógico-

gico da escola em um problema médico. Por certo, o interesse pelas condições de saúde dos alunos era legítimo, mas o que ficava mais aparente nas discussões era a possibilidade de explicar as dificuldades de trabalho com o aluno e o seu fracasso, esquecendo as deficiências da escola.

Mais uma vez, estava a espreita a idéia de que a culpa do fracasso seria do aluno, pela má condição de saúde e falta de condições de sua família.

Discussões realizadas com representantes da Secretaria da Educação, Delegacias de Ensino e Supervisores, também deixaram entrever o mesmo posicionamento.

Essa tendência explicativa não é desprovida de fundamentos pois a literatura sobre alguns desses problemas tende a apoiá-los. No entanto, verifica-se a existência de alguns trabalhos que se opõem à idéia de que o fracasso escolar possa ser explicado apenas ou principalmente por deficiências do estado de saúde dos alunos. Temas como a desnutrição pregressa e a disfunção cerebral mínima são polêmicos e devem merecer criteriosa atenção, especialmente pelo fato de que são, em muitos casos, explicações facilmente usadas para justificar o fracasso escolar das crianças, desculpabilizando a escola e o próprio sistema social.

Na dimensão do discurso oficial, a questão da saúde, tomada como Programas de Saúde, estaria presente na escola como modo de promoção do desenvolvimento integral do aluno, buscando formas que permitissem ao educando desenvolver hábitos e atitudes relacionados à saúde e responsabilizar-se pela sua saúde individual, de sua família e da coletividade.

Não deve, pois, causar espanto que professores de escolas de 1º grau se sintam apoiados em suas colocações do senso comum; assim, continuam responsabilizando fatores externos à escola pelo fracasso no qual as crianças de classe popular incidem durante sua, normalmente breve, escolarização.

Ao mesmo tempo em que registrávamos dados e fatos significativos em relação à posição dos professores face aos problemas de saúde, outros dados e fatos igualmente importantes surgiam como resultado de outras pesquisas e ações educacionais de-

envolvidas no âmbito do Programa PERICAMPUS, nas mesmas escolas aqui referidas ou em escolas análogas. Observou-se que, especialmente nos projetos voltados ao ensino da matemática e ao processo de alfabetização, os pesquisadores deram pouca importância aos problemas de saúde como determinantes do desempenho escolar, centrando suas ações no processo de aprendizagem da criança, no emprego de metodologias ativas e no desempenho do professor, tais pesquisadores têm alcançado resultados significativos quanto ao desempenho de alunos de classes populares, em relação ao desenvolvimento cognitivo e à aprendizagem de conteúdos.

Esse conjunto de informações e achados de pesquisa e a vivência profissional na área instigaram o aprofundamento no estudo dessas questões. Partindo de uma interrogação básica sobre qual o papel dos Programas de Saúde na escola do primeiro grau pretendeu-se investigar:

- quais as percepções dos professores sobre o processo saúde-doença e como elas se refletem nas ações docentes com seus alunos;
- quais as possibilidades de implementar um programa de ensino da saúde cujo pressuposto básico fosse o de desenvolver no meio escolar uma visão crítica que permitisse a professores e alunos compreenderem as determinações sociais do processo saúde-doença e as possibilidades e limitações do ensino frente essas.

Para responder a essas questões foram traçados como objetivos do estudo:

- analisar as percepções e as ações manifestas pelos professores frente aos ensinamentos de saúde que ministram aos seus alunos;
- Acompanhar e analisar o desenvolvimento das propostas do Projeto "Elaboração de um Programa Participativo de Educação e Saúde para Escolas de Primeiro Grau de Periferia Urbana" - EPPES-Programa PERICAMPUS, nos anos de 1985 e 1986.

Para dar conta do segundo objetivo procedeu-se à descrição da estrutura de desenvolvimento do EPPES (Cap.III), enquanto organização dos grupos de trabalho e à análise das atividades que envolveram o trabalho com professores (Cap.IV) e diretamente com os alunos (Cap.V), bem como as relações do Programa PERICAMPUS com a Secretaria Municipal de Educação (Cap. V.4).

2. Caracterização metodológica da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos tratava-se de trabalhar numa dimensão de pesquisa distinta dos padrões mais tradicionais. Assim, o presente relato dá conta de uma pesquisa-intervenção, descrevendo e analisando as experiências desenvolvidas junto a duas escolas municipais que aceitaram participar do projeto "Elaboração de um programa participativo de Educação e Saúde para escola de Primeiro Grau de periferia urbana" - EPPES - dentro do Programa PERICAMPUS (Vide Anexo I). Por pesquisa-intervenção entendemos aquela atividade sistematizada de busca de conhecimento sobre a realidade que, ao mesmo tempo, se propõe a transformar essa mesma realidade. Desenvolvido como processo inserido no cotidiano das duas escolas e contando com a participação de alunos e professores nos próprios direcionamentos do projeto - definição de temas e atividades - este estudo tem características de uma pesquisa-participante ao atender ao modelo proposto por BOTERF (1981) no qual esse tipo de pesquisa deve conter as seguintes etapas:

- 1^a) Montagem institucional e metodologia da investigação participativa;
- 2^a) Estudo preliminar da região e da população em estudo;
- 3^a) Análise crítica dos problemas considerados prioritários e que os sujeitos envolvidos querem estudar e superar;
- 4^a) Programação e execução de um plano de ação para contribuir no enfrentamento dos problemas levantados.

Correspondendo às características da maioria das pesquisas desse tipo, a participação dos professores e alunos não foi homogênea e constante; registraram-se, assim, desde os níveis mais primários de envolvimento no qual os professores apenas recebiam a devolução dos dados colhidos e elaborados pelos pesquisadores até níveis mais elevados nos quais ocorria a participação em todo o processo proposto pelo grupo (CELIS, 1981).

Por outro lado, enquanto relato e análise da experiên-

cia vivida, aproxima-se de um estudo de caso na medida em que trata-se de "uma investigação sistemática de uma instância específica" (NISBETT e WATT, 1978, apud ANDRÉ, 1984). No entanto, deixa a desejar quanto a característica requerida por LÜDKE e ANDRÉ (1986) para os quais os estudos de caso "buscam retratar a realidade de forma completa e profunda". Essa carência se faz sentir quanto ao estudo do projeto como um todo. Cabe ressaltar que uma análise mais exaustiva do conjunto das atividades desenvolvidas durante os dois anos de realização do projeto certamente forneceria a visão abrangente requerida pela metodologia do estudo de caso. Por uma opção consciente, a partir das limitações de tempo e da necessidade de selecionar um foco de interesse passível de ser mais imediatamente incorporado a novas propostas pedagógicas, o presente estudo deteve-se na análise de alguns aspectos específicos relacionados aos objetivos já comunicados; esses aspectos se vinculam mais especialmente à prática pedagógica proposta pelo projeto e às percepções e ações de professores sobre a questão da educação da saúde na escola de primeiro grau.

CAPÍTULO III

AÇÃO E INVESTIGAÇÃO NA ESCOLA

1. A proposta do EPPES no Programa PERICAMPUS

No ano de 1985 o Programa PERICAMPUS centrou-se exclusivamente no meio escolar, no âmbito do ensino e da aprendizagem, diferentemente dos anos anteriores quando também desenvolveram-se projetos de outras áreas tais como Engenharia de Construção, Geografia, História e Psicologia que envolviam um universo maior das comunidades das vilas do 4º distrito de Viamão.

Assim, paralelamente à implementação do EPPES, desenvolveram-se, nas mesmas escolas ou na mesma região, projetos de Alfabetização, Ensino da Língua Portuguesa e de Ensino de Matemática, Orientação Educacional, Educação Física e um Projeto de Estudos Contínuos nas Séries Iniciais do Primeiro Grau.

Para garantir a unidade de ação do Programa realizavam-se reuniões semanais entre os coordenadores dos Projetos e alguns de seus participantes; nelas relatava-se e discutia-se o andamento de cada projeto, as relações do Programa com a Universidade e com a Secretaria Municipal de Educação de Viamão, etc. Também se discutia a organização administrativa e financeira do Programa. Os recursos financeiros que em parte sustentaram o Programa foram oriundos de financiamentos obtidos ao Programa Nova Universidade/ SESU/MEC, ao FNDE/SESU - Projeto Integração Universidade/Ensino de 1º Grau, e ao CNPq.

2. Abrangência do EPPES: Pesquisa e Extensão

O desenvolvimento do projeto EPPES como um todo atendeu

a duas direções: a extensão e a pesquisa.

Foram, em 1985, envolvidas quatro escolas de primeiro grau do 4º distrito de Viamão/RS.

A dimensão de extensão universitária explicitou-se em três das escolas através da assistência à saúde do escolar sob forma de serviços médicos e de enfermagem. Participaram nessa etapa: vinte e quatro alunos da Escola de Enfermagem/UFRGS, que realizaram estágio na disciplina de "Saúde do Escolar", sob a orientação de professor específico; dezoito alunos da Faculdade de Medicina/UFRGS, realizando estágio de "Medicina Comunitária" orientados por professor participante do projeto e dois médicos-residentes em "Medicina Geral Comunitária" que atuavam de forma voluntária. Foram atendidos aproximadamente 1300 escolares dos quais foram realizadas avaliação antropométrica, teste de acuidade visual e um exame físico primário. Esse ângulo do projeto foi estabelecido como forma de: a) identificar o estado nutricional dos alunos, b) atender a problemas emergenciais das escolas, c) abrir campo de estágio para alunos de Medicina e Enfermagem na área de assistência ao escolar. Além disso, a prestação de serviços fornecia um campo de trabalho para o enfoque pedagógico na medida em que cobria uma expectativa básica das escolas em relação a presença de médicos, ou seja, a prestação de serviços. Os resultados obtidos nessa etapa serão foco de outros trabalhos a serem divulgados oportunamente.

3. Estratégia de implementação do EPPES **como pesquisa-intervenção**

A implantação do EPPES, enquanto atividade de pesquisa, nas escolas interessadas em participar do projeto foi procedida através de uma estratégia básica que pode ser sintetizada como mostramos a seguir (Ver quadro).

A primeira atividade visava a formulação de um "acordo de trabalho". Inicialmente o EPPES era apresentado às direções da escola; se aceito, propunha-se uma reunião inicial com os professores interessados com os objetivos de: a) apresentar e discutir detalhadamente a proposta do EPPES; b) identificar os professores interessados em desenvolver o projeto após sua discussão;

Estratégia de implantação do Projeto/investigação

ETAPAS/ATIVIDADES	OBJETIVOS	PROCEDIMENTOS
1. Acordo de trabalho com a escola	- Sensibilização dos professores e organização dos GT	- Reunião geral inicial e apresentação do Projeto. - Formação dos GT.
2. Delimitação de prioridades	- Definição dos temas sobre educação da saúde a serem trabalhados	- Levantamento de interesses e necessidades emergentes dos professores, em reuniões e entrevistas.
3. Investigação/ação	- Formulação dos Programas de Educação da Saúde	- Reuniões de discussão, na escola e na Universidade, construção de atividades, avaliação e replanejamento. - Atividades em sala de aula. - Registro dos dados para análise.

c) averiguar a disponibilidade de horários compatíveis entre os professores e o grupo do projeto. Passada essa etapa e sendo viável a formação de um grupo de trabalho (professores da escola e grupo do projeto) partia-se para a segunda etapa; a "delimitação das prioridades". A segunda etapa consistia, a partir da formação dos grupos de trabalho, em delimitar quais os temas que se mostravam mais importantes para aquele grupo e como esses temas seriam desenvolvidos. Assim, cada grupo de trabalho determinava o que e como seriam trabalhados os temas escolhidos. A partir desse ponto, se desenvolvia a etapa investigação/ação que consistia na execução dos planejamentos elaborados pelos grupos de trabalho. O desenvolvimento do EPPES ocorreu em dois encontros semanais: no primeiro, realizava-se a reunião da equipe do projeto e alguns professores interessados componentes dos grupos de trabalho; e no segundo, desenvolvia-se o trabalho efetivo nas escolas, junto a alunos e/ou professores.

As reuniões da equipe do projeto incluíam estudos e debates sobre a problemática da educação e da saúde; avaliava-se e discutia-se as atividades dos grupos de trabalho e as questões gerais do andamento do projeto e do Programa.

A equipe do EPPES mais efetivamente envolvida compunha-se de professor, com formação em Farmácia (o autor) - coordenador do projeto - dois médicos, sendo um deles professor da UFRGS, três estudantes de medicina e dois estudantes de Pedagogia (da área de Orientação Educacional). Além desses elementos permanentes a equipe contou com adesões e evasões sucessivas no ano em que ocorreu a pesquisa; essa flutuação de pessoal dificultou, em vários momentos, o planejamento e execução do projeto.

Dos grupos de trabalho, ao qual se refere esta pesquisa, participaram duas escolas, sendo que, no ano de 1985, esteve envolvido um total de 15 professores e aproximadamente 180 alunos de primeira a quarta série do primeiro grau.

A descrição e análise dos resultados desse processo de implementação são apresentadas nas seções que se seguem.

CAPÍTULO IV

TENTATIVAS E DESCOBERTAS: AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E SUAS PRIMEIRAS RESPOSTAS

1. A abordagem das escolas

Como já foi relatado, o processo de implantação do EPPES e da pesquisa iniciou-se pela consulta a quatro escolas a respeito do interesse em desenvolverem o projeto. Na escola 1, na qual se realizava o Curso de Extensão antes referido, acertou-se previamente, com a secretária, dia e hora para uma reunião com a diretora da escola. Entretanto, a mesma não compareceu à reunião; tal procedimento foi repetido por mais quatro vezes, maugrado os acertos prévios estabelecidos. Após tais fatos, julgou-se não haver condições de pretender desenvolver o projeto naquela escola.

Na escola 2, a direção atendeu prontamente à solicitação. Na semana seguinte, após uma reunião com alguns professores e a direção, esta última formalizou a manifestação da escola; a direção entendia que naquele momento os interesses da escola estavam direcionados para propostas que atendessem à alfabetização e ao ensino da língua (projetos componentes do Programa PERICAMPUS) e que a questão do ensino da saúde não era prioritária. Argumentou, também, que os poucos horários livres dos professores destinavam-se às prioridades citadas não havendo disponibilidade para o desenvolvimento do EPPES da forma como se pretendia. Por outro lado, foi aberta a possibilidade, se de interesse, de conversar com os professores e realizar exames médicos nos alunos. Como no mesmo prédio em que funcionava a escola havia uma Unidade Sanitária da Secretaria da Saúde na qual se desenvolviam estágios do Curso de Medicina da UFRGS, a proposta foi aceita nesses moldes. Tal aceitação, por parte da equipe do EPPES deveu-se a três motivos:

- a) havia a possibilidade de, em examinando os alunos, avaliar as relações entre condição de saúde e desempenho escolar para as crianças daquela região;
- b) facilitaria um contato mais próximo com os professores;
- c) poderia ser investigado junto aos professores suas percepções sobre o processo saúde/doença e como essa questão era trabalhada em sala de aula.

Os resultados dessa primeira investigação junto aos professores são apresentados a seguir. Os dados quanto aos exames médicos dos alunos não serão tratados neste trabalho.

Nas duas escolas restantes, doravante identificadas como Escola A e Escola B, a proposta de trabalho do EPPES foi aceita e desenvolveu-se regularmente.

Para tornar mais claro o presente relato optou-se por apresentar neste capítulo os dados obtidos nas entrevistas com os professores das escolas 2 e A.

No capítulo V serão apresentados e analisados os resultados do trabalho na Escola A e na Escola B.

2. Como a realidade se mostrou nas falas dos professores

Com as entrevistas, pretendeu-se, além de captar o entendimento dos professores sobre a questão da saúde na escola e identificar como trabalhavam essa questão em suas salas de aula, estabelecer um quadro de referência para orientar o desenvolvimento do EPPES.

Foram entrevistadas individualmente 23 professoras das escolas 1 e A, onde se desenvolviam essas ações e pesquisas do Programa PERICAMPUS. O critério de seleção dos entrevistados foi sua disponibilidade e a compatibilidade de seus horários e o dos investigadores. Com o consentimento dos professores, as entrevistas foram gravadas tendo havido apenas uma negativa a esse procedimento.

As entrevistas foram conduzidas segundo o modelo da "entrevista centrada"

"na qual, dentro de hipóteses e certos temas, o entrevistador deixa o entrevistado descrever livremente sua experiência pessoal a respeito do assunto investigado." (THIOLENT, 1981, p.35),

O desenvolvimento das entrevistas deu-se a partir de cinco questões básicas, a saber:

a) o conceito de saúde: qual o entendimento do que viesse a ser saúde;

b) os determinantes da condição de saúde: quais os elementos necessários para se ter saúde;

c) as condições de saúde dos alunos: como eram percebidas as condições de saúde dos alunos daquela, ou daquelas turmas com quem o professor trabalhava no momento;

d) a relação saúde x desempenho escolar: como eram percebidas as possíveis relações entre baixa condição de saúde e mau desempenho escolar;

e) ações em sala de aula: quais os conteúdos e métodos de trabalho sobre a questão da saúde utilizadas na sala de aula.

Após a gravação, as entrevistas foram transcritas e analisadas por blocos a partir das questões iniciais.

As professoras entrevistadas tinham idade entre 19 e 32 anos, sendo que a maior parte situava-se no intervalo de 22 a 27 anos. A formação básica da maioria das professoras era de magistério, (2º grau) havendo duas com curso superior (letras) e, dessas, uma com espe-

cialização em administração escolar. A experiência no magistério variava de 2 a 8 anos de trabalho.

Os resultados das entrevistas são apresentados a seguir.

a) A primeira questão: o conceito de saúde

O conceito de saúde situa-se em um quadro mais amplo de entendimento da sociedade como expressão da historicidade humana; tal conceito varia no tempo e no espaço e mesmo dentro de uma sociedade determinada em um mesmo momento histórico. Como discutido no Capítulo II, a compreensão do que seja saúde explícita, em última instância, a concepção de sociedade na qual os sujeitos que a expressam estão inseridos.

Este pressuposto teórico orientou a análise das respostas dos entrevistados, levando a agrupá-los em três categorias, onde a saúde era caracterizada como: a) um estado sentido pelo sujeito; b) a possibilidade de realizar uma determinada ação e, c) uma série de condições necessárias para se ter saúde.

As professoras agrupadas na primeira categoria - saúde como estado sentido pelo sujeito - deram respostas do tipo:

"...estar bem, sentir-se bem..."

"...estar bem física e mentalmente..."

"...estar em condições físicas e emocionais normais..."

"...quando o corpo está normal..."

"...quando o corpo está normal sem precisar de remédio..."

Essas manifestações revelam uma tendência mais individualizante e reificada da saúde ligando a condição de saúde às sensações do corpo. Colocado como "estado", essa visão, manifesta de forma mais simples ou mais detalhada, expressa uma concepção empobrecida da saúde. Por um lado, limita uma complexa rede de interações a uma manifestação ou conjunto de manifestações aceitáveis ou, em outras palavras, "normais". Por outro, retira do conceito de saúde a sua condição de dinâmica, de processo.

No segundo agrupamento, estão as professoras que manifestam o "ter saúde" como - a possibilidade de realizar uma determinada ação. Nesse grupo, os conceitos foram emitidos em relação direta às crianças.

"...criança que brinque, tenha interesse em aprender, se concentre..."

"...bastante energia, corre, brinca, se concentra..."

"...entender tudo, aprender, conhecer..."

Esses conceitos, naturalmente, referem-se àquelas crianças que frequentam a escola. Por isso mesmo é frequente surgirem juntas, na fala das professoras, duas expressões que caracterizam o comportamento das crianças em sala de aula: brincar e concentrar-se. Observa-se, então, que ter saúde representa uma resposta à expectativa formulada em relação à criança. O que se espera de uma criança é que ela "brinque na hora de brincar" e que na sala de aula se concentre e não brinque. Essas formulações trazem em si as noções da norma que rege o espaço escolar. A associação entre disciplina e saúde não obrigatoriamente cria o seu oposto formal - indisciplina-doença - mas constitui-se em uma forma primitiva de medicalização do espaço escolar.

O terceiro grupo de professoras manifesta-se quanto à questão não definindo "o que é ter saúde" enquanto tal, mas delimitando condições para se ter saúde:

"poder ter trabalho, alimentar-se, morar, condições mínimas pra enfrentar a vida"

"...ter condições mínimas pra enfrentar uma vida assim..., comer, morar..."

"ter condições de alimentar-se para viver bem".

Em suas manifestações este grupo, diferentemente dos outros, deslocou sua atenção do indivíduo para o meio, referindo-se à necessidade de "condições mínimas" de sobrevivência. Assim, sem definir a questão enquanto tal, dirigem sua reflexão para aspectos mais associados à relação dos sujeitos com o meio do que propriamente a manifestações ou sensações individuais. A noção de condição aparece, aqui, como idéia de necessidade. Isto

é, para se ter saúde, não delimitando objetivamente o que se entenda por isso, são necessários alguns quesitos básicos. Esses derivam das condições gerais de vida dos sujeitos, de como eles se inserem na sociedade. É interessante ressaltar que essa forma de conceituar a saúde foi a mesma que resultou da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1987. No relatório dessa Conferência ficou expresso:

"Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida."

Ainda que não se tenha observado homogeneidade entre os conceitos de saúde manifestos pelas professoras, algumas regularidades permitem a categorização feita. Do conjunto de respostas depreende-se que a maioria das professoras enunciou o conceito de saúde associando-o a comportamentos e expressões esperados, relacionados ao corpo do sujeito. Tais manifestações apresentam-se limitadas na medida em que não consideram a interação desse corpo saudável com o meio onde vive. O fato de não pensarem relacionalmente leva a supor um certo distanciamento das professoras em relação ao mundo. Tal isolamento conduz a idealizar o conceito de saúde na medida em que retira o sujeito, ao qual se refere o conceito, do mundo em que esse sujeito vive. Nessa retirada do sujeito, a saúde perde a dimensão de processo e por isso mesmo, perde sua dimensão histórico-social. Neste sentido, a forma como as professoras pensam a saúde é análoga aquela pela qual pensam a educação e o ensino: ações sistematizadas mas que se bastam e se esgotam em si mesmas.

O grupo mais reduzido de professoras formulou seu conceito no sentido inverso ao primeiro, acercando o sujeito da realidade na qual vive. Mas, ainda que nesse grupo as limitações conceituais sejam menores, já que a saúde é tomada como um reflexo do meio, falta-lhe conferir movimento ao sujeito, fazer o sujeito existir frente ao mundo que está a lhe determinar a saúde.

Considerando o processo de formação dessas professoras e suas condições de vida e trabalho parece provável que suas posições tenham origem não na limitação do conceito em si, mas na possibilidade dessas professoras não terem realizado uma reflexão mais profunda sobre esse conceito.

Tendo em conta as idéias discutidas no referencial teórico, constata-se que os conceitos de saúde emitidos pelas professoras representam, ainda que de forma simplificada, as correntes mais visíveis e dominantes em relação à conceituação de saúde.

b) A segunda questão: os determinantes das condições de saúde

As análises mais rigorosas têm demonstrado que os elementos que possibilitam o desenvolvimento de uma boa condição de saúde variam historicamente e socialmente. No período hipocrático já se delimitavam normas de conduta para se obter uma boa saúde. A evolução dos conhecimentos médicos foi, em uma certa dimensão, refinando, explicando e ampliando esses elementos. Por outro lado, as diferenças de mortalidade entre ricos e pobres já eram descritas desde 1815 (TIMIO, 1979). Entretanto, é com o desenvolvimento do capitalismo e a necessidade de se manter viva e relativamente saudável a força de trabalho, que vão surgir os mais vigorosos trabalhos que associam a doença às más condições de vida da classe trabalhadora. Passando para a história moderna não há como por em dúvida o fato de que a doença e as más condições de vida estão fortemente associadas. Assim,

"...a saúde depende de como as pessoas se alimentam, como moram, em que condições trabalham, como se vestem, como se divertem. Em resumo, o nível de saúde depende do nível de vida. Em outras palavras, a saúde é uma decorrência da renda." (MELLO, 1983, p.13).

Com base nesse entendimento procedeu-se a análise das percepções das professoras em torno dos determinantes da condição de saúde, expressa como "o que é necessário para se ter saúde"; suas respostas foram agrupadas em duas categorias a partir da abrangência da argumentação apresentada.

No primeiro grupo (o mais numeroso) estão incluídas aquelas professoras que apresentaram como condições necessárias para se ter boa saúde elementos mais ligados ao indivíduo em relação ao seu comportamento ou ao comportamento de sua família. Isso era exposto pelas professoras em declarações tais como:

"...boa alimentação, ter higiene na roupa e alimentação, comer, pular, fazer exercícios..."

"...boa alimentação, sono adequado, higiene..."

"...boa alimentação, ir ao médico com frequência..."

"...boa alimentação, bom ambiente em casa..."

"...saber alimentar-se, não comer porcarias, higiene..."

Do conjunto de respostas desse grupo observa-se que os principais elementos citados como importantes foram a alimentação e a higiene. Entretanto, as relações mais amplas que determinam essas condições raramente foram levantadas. Outros elementos explicativos da falta dessas condições em relação às crianças de suas escolas foram apresentados e estiveram associados à ignorância e/ou ao desleixo.

"...eles não sabem comer, passam a semana a pão e água e no domingo fazem churrasco..."

"...são comem doces..."

"...as mães são desleixadas, saem para a rua e deixam as crianças sujas o dia inteiro em casa..."

As professoras que compõem esse grupo são praticamente as mesmas que entendem a saúde como estado ou possibilidade de realizar alguma ação. Da mesma forma como restringem a saúde à expressão do indivíduo, também associam as condições para se ter saúde a uma ação do próprio indivíduo em relação a si mesmo. Sua perspectiva não se distancia, na verdade, daquela expressa na "doutrina de educação da saúde" proposta pelo CFE, como analisado no Capítulo I:3.

O segundo grupo foi composto por aquelas professoras que associaram as condições necessárias para se ter saúde a relações

mais amplas com o meio físico e social; assim elas exprimiram suas percepções:

"...boa alimentação, bom nível do ambiente em que se vive. Boas condições de vida. Boa condição de infra-estrutura sanitária e habitacional..."

"...como é possível ter saúde com problemas de higiene, infra-estrutura sanitária ausente... ambiente em desajuste, com pais ganhando salário mínimo, fome..."

Neste reduzido grupo a alimentação também aparece como elemento mais citado, porém as relações feitas a partir daí discriminam fatores como os baixos salários e a ausência de infraestrutura sanitária na determinação da saúde.

O papel da alimentação como elemento fundamental para o gozo da saúde era reconhecido já na Grécia antiga; Galino, posteriormente, estabeleceu detalhados modelos de dietas para indivíduos de diferentes constituições físicas. Já MCKEOWN (1984) tem fortes razões para acreditar que o declínio na incidência de doenças infecciosas após a revolução industrial deve-se mais decisivamente ao aumento da oferta de alimentos do que propriamente às descobertas na área da bacteriologia e no dos mecanismos de transmissão das doenças. O aumento da oferta de alimentos e a melhoria das condições de infra-estrutura foram, para esse autor, os elementos fundamentais que delimitaram o decréscimo da mortalidade de geral observado nos últimos cem anos.

Se a explicação vale em termos absolutos para as taxas globais de mortalidade, vários autores, entre eles TIMIO (1979) e VICTORA (1988) têm observado, não obstante, significativas diferenças das condições de saúde entre as diferentes camadas da população em função da natureza da inserção no processo produtivo e da renda. Seus estudos mostram que, em última instância, os que recebem menores salários adoecem mais e têm maior chance de morrer mais cedo e em maior número.

De modo geral, as respostas dos entrevistados quanto ao "que é necessário para se ter saúde" refletem elementos bastante concretos. O que os diferencia é o fato de vincularem essas condições seja à responsabilidade do sujeito, culpando-o de negli-

gência, descaso ou ignorância, ou seja a forma de inserção dos sujeitos no contexto social.

c) A terceira questão: condições de saúde dos alunos

As precárias condições de saúde da população de baixa renda em nosso país já foram descritas por vários autores. Cabe fazer referência a SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA em "Prevenir e Curar" (1978), ao trabalho organizado por GUIMARÃES, "Saúde e Medicina no Brasil" (1984) e a VICTORA, BARROS e VAUGHAN no livro "Epidemiologia da desigualdade" (1988).

Para atender a esta questão, foi solicitado as professoras que fizessem uma avaliação das condições de saúde dos alunos da turma com a qual estava trabalhando no momento.

Um primeiro grupo, mais numeroso, deteve-se na descrição de sinais de doenças comuns entre crianças daquela faixa etária e condição econômica.

"...problemas de piolho, sarna, doenças comuns entre crianças..."

"...gripados, nariz entupido, cor amarelada, bicho-de-pê..."

"...estão sempre gripados, passam as vezes o ano inteiro gripados, vêm cheios de feridas..."

Um segundo grupo deteve-se, ao tratar da questão, nos aspectos da higiene corporal e no aspecto da apresentação.

"A higiene é precária, a gente tira três ou quatro de trinta que vêm limpinhos e calçadinhos pelo menos o necessário"

"...o maior problema que eu vejo é na sala de aula, o cheiro das axilas, cheiro mau dos pés"

"...a situação é muito ruim, eles vêm sempre sujos e desarrumados..."

Um terceiro grupo, mais reduzido, associou a avaliação das condições de saúde às condições de vida dos alunos.

"...eles moram em 'áreas verdes'¹ muitas vezes, não têm condições de higiene, falta alimentação, eles não têm nada..."

"...eu acho que eles não dão atenção pra isso porque as condições em que eles vivem são tão precárias que eles não chegam a se deter nesse ponto da saúde. Eu acho que eles precisam ficar vivos antes de qualquer coisa..."

"tu vê, tem uns que passam o dia na rua, vêm sujos e descalços e aí dizem: não tenho casa, não tenho isso, não tenho aquilo... tem outros que têm casa bonitinha, limpinha, mamãe vem trazer na porta da escola, mamãe arrumadinha, roupinha limpinha..."

Duas professoras relataram que a maioria dos seus alunos era saudável com raras exceções: um aluno com problemas graves de visão, um com problemas cardíacos e dois outros "...um pouco agitados pela convivência com a família..."

A maioria das professoras referiu como sendo ruim a condição de saúde dos seus alunos. Essas referências estiveram concentradas na descrição de sinais de doenças comuns e algumas poucas relacionaram as condições de saúde às condições de vida. É interessante não ter havido referência a casos de desnutrição nem a problemas psicológicos ou emocionais. Transparece, nesse ponto, que a saúde a qual o professor se refere na maioria das vezes é a saúde do corpo, restrita ao corpo físico.

De um modo geral, as condições de saúde descritas pelas professoras conferem com os resultados dos exames médicos realizados em algumas escolas pelo pessoal do Programa PERICAMPUS. Nesses exames foram encontradas em maior frequência doenças da pele e infecções das vias aéreas superiores.

Por outro lado, avaliar as condições de saúde nessa dimensão reflete uma visão restrita na forma de abordar a questão.

¹ São comuns na região as invasões de áreas que no plano de urbanização do município estão classificadas como "áreas de lazer" ou "áreas verdes".

Do mesmo modo, tomar como parâmetro de saúde aspectos ligados a aparência sugere mais um julgamento moral do sujeito do que propriamente uma avaliação de suas condições de saúde.

Já no grupo que avaliou as condições de saúde a partir de uma relação com o meio nota-se o estabelecimento de um processo reflexivo mais aprofundado do que aquele demonstrado nos grupos anteriores. A avaliação das condições de saúde foi orientada por uma ótica que coloca o sujeito-aluno dentro das suas condições de vida, estabelecendo, assim, um paralelo entre condições de saúde e condições de vida.

A manifestação de duas professoras que caracterizaram como boas as condições de saúde da maioria de seus alunos foi, pelo que se pode deduzir do conjunto de suas entrevistas, mais uma manifestação de confiança nos seus alunos do que um desconhecimento da realidade na qual vivem. Mesmo não negando os problemas enfrentados pelos alunos, essas professoras manifestaram o que poderia ser chamado, a grosso modo, de uma "crença nas possibilidades daquelas crianças".

Se visualizadas unitariamente as respostas às questões a, b e c verificar-se-á que se vai configurando, a partir das idéias e crenças expressas sobre a saúde, a visão de mundo dos diferentes grupos de professoras. Este é um ponto considerado importante no processo de conhecimento da realidade promovido pela investigação.

d) A quarta questão: a relação condição de saúde - desempenho escolar

As possíveis influências da condição de saúde sobre o desempenho escolar talvez se constituam no tema mais polêmico que envolve as relações entre a educação e a saúde, principalmente no que se refere aos aspectos ligados ao estado nutricional dos alunos.

No que tange às relações entre a situação física de saúde dos escolares, CONCEIÇÃO (1979) demonstrou não haver associação com melhor ou pior rendimento escolar; ao mesmo tempo com provou que aspectos relativos aos condicionamentos culturais (sexo)

e as condições sócio-econômicas (situação nutricional), antecedentes de intervenção cirúrgica, compatibilidade idade/série), estão significativamente associadas ao desempenho escolar das crianças na faixa etária do 1º grau.

Quanto às influências do estado nutricional sobre o desenvolvimento cognitivo e o fracasso escolar, têm ocorrido muitas discussões e a controvérsia está estabelecida. Alguns autores como CONCEIÇÃO (1979), VICTORA, ESTANISLAU, COSTA (1982) demonstraram haver uma associação significativa entre a relação altura/idade e o rendimento escolar, expresso por aprovação ou reprovação, caracterizando a influência de episódios de desnutrição pregressa sobre o rendimento escolar. ESPOSITO (1979), em pesquisa com escolares de baixo nível sócio-econômico com risco de desnutrição pregressa, observou "...deficiências de realização nas áreas de Funções Psiconeurológicas, Conceitos Básicos, Língua e Operações Cognitivas" (p.94).

Por outro lado LOOYD, STILL, HURWITZ, WOLFF e SCHWACHMAN (1974 apud FERREIRA, 1979) afirmam que "...o efeito de desnutrição sobre o comportamento e inteligência é temporário e reversível quando ela ocorre em um ambiente sócio-econômico e cultural adequado". DANTAS (1981), em um experimento sobre os efeitos da estimulação escolar na realização cognitiva de crianças em vários estados nutricionais, concluiu que o estado nutricional não afetou o nível de inteligência e o resultado em testes cognitivos de crianças desnutridas. O programa específico de estimulação afetou significativamente o desenvolvimento cognitivo das crianças culturalmente marginalizadas. Enquanto que nesse estudo não se forneceu uma suplementação alimentar que cobrisse as carências nutricionais das crianças, COLLARES (1982) desenvolveu um experimento controlado no qual se oferecia ao grupo em estudo uma suplementação alimentar superior ao do grupo de controle. O resultado mostrou uma diferença significativa do grupo experimental sobre o grupo de controle no rendimento escolar.

A questão é polêmica e não apresenta uma resposta definitiva. Os trabalhos até então realizados requerem uma avaliação criteriosa quanto a metodologia utilizada, o controle dos possíveis vícios (seleção, aferição e confusão) presentes ou não e a validade interna e externa de tais estudos².

² A importância dos vícios, também chamados de vies ou tendenciosidade, bem como a validade interna e externa dos estudos podem ser encontrados em FLETCHER, P.H.; FLETCHER, S.W.; WASNER, E.H. Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica. Porto Alegre. Artes Médicas, 1989.

Apesar da controvérsia é reconhecido que desnutrição e fracasso escolar são problemas presentes na nossa sociedade e que afetam essencialmente as populações pobres. A associação entre esses dois fenômenos, em última instância se relaciona basicamente com as questões sociais da miséria e exploração, que caracterizam as sociedades do Terceiro Mundo, regidas pelo modo de produção capitalista.

A respeito da eventual relação entre condições de saúde e desempenho escolar, as percepções das professoras entrevistadas cobriram um espectro que vai desde aqueles que acreditam na existência de alguma influência da condição de saúde sobre o desempenho escolar até aqueles que entendem estar o desempenho ligado às condições gerais de vida do aluno e à competência do professor.

As professoras que acreditam haver alguma relação entre saúde e desempenho salientam que essa relação não pode ser tomada como regra, e assim expressam seu pensamento:

"... eu acho que influi um pouco também. Não é total, mas contribui pois uma pessoa que tem saúde tem mais disposição".

*"... um aluno que não tem em casa condições básicas de higiene, nem alimentação perfeita a gente observa que ele tem certa deficiência no rendimento escolar...
... agora isso não influencia totalmente, alguns pode ser falta de saúde mas não todos, isso não é padrão, de jeito nenhum".*

"... eu vejo que há uma relação mas não é sempre. As vezes, tem uns bem doentinhos que até acabam passando ..."

Segundo as falas das professoras, essa relação saúde - rendimento se torna mais clara quando condições de saúde determinam um elevado número de faltas à escola. Essa relação parece às professoras a mais positiva no sentido de determinar uma influência da saúde sobre o desempenho. Tal percepção é corroborada por CONCEIÇÃO (1979) quando observa uma associação significativa entre elevado número de faltas e mau desempenho escolar.

"... eles são fracos porque faltam muito a aula por causa de doença..."

"... o problema da saúde se expressa mais nas faltas por doença do que na deficiência que eles tem..."

Outras professoras percebem a relação a partir de uma delimitação da falta de saúde como a manifestação de uma doença mais grave ou de dor:

"... olha, eu não vejo uma relação tão assim. Agora se a criança tá com uma dor, dor-de-dente, dor de barriga, aí ele não tem como se concentrar e aprender ..."

"... eu acho que sô tem quando eles tem uma doença grave assim, eu tenho um aluno bem doente, a mãe já até veio falar comigo ..."

Parte das professoras, por outro lado, atribui os resultados obtidos nas escolas a problemas emocionais das crianças, oriundos da desorganização familiar em que vivem:

"... o principal problema é o emocional. Eles vivem em famílias sô com a mãe e as vezes não conhecem o pai ..."

"... tem um que o pai bebe, a mãe trabalha fora e quase não vê eles ..."

"... eles tem muitos problemas emocionais, os pais brigam em casa, as famílias são desestruturadas, a vida deles em casa é terrível..."

Houve professoras, no entanto, que mostraram perceber a relação questionada numa dimensão mais ampla da vida do aluno:

"... essa relação entre carente e falta de saúde e não aprender eu acho que é um grande preconceito; a coisa é bem maior do que isso... tem a influência da família que pesa muito... as vezes eles não tem condições de assistir a aula de tanto bicho-de-pê".

"... eu acho que essa coisa não é bem as sim, de que doente vai mal. Tã certo que doen te pode ir mal mas muitas vezes eles não são sõ doentes, eles não tem nada em casa, vem prã aula com fome... as vezes tem pai que bebe e a mãe trabalha fora... desse jeito passar na escola é sõ com sorte".

Outro grupo de professoras, já bem reduzido, analisa a questão proposta dentro da perspectiva da competência do profes sor para trabalhar com os alunos:

"... tem muitos professores que falam que uma criança desnutrida ela não aprende nada mas isso é desculpa de professor que não ensi na bem... eu observo que tem criança que não se alimenta bem em casa e fica com a atenção desviada para a hora da merenda; não é porque ela é desnutrida mas porque ela desvia a aten ção para a hora da merenda, da comida do re creio... ela é prejudicada por causa disso".

"... eu vejo que nesse negócio de saúde e reprovação o que aparece mesmo é a desnutri - ção. É muito comum a gente dizer que aluno não aprende porque é desnutrido, eu não concordo com isso, ele tem mais dificuldade... ele a - prende mais devagar, tem que mudar a mane ira de tratar, tem que tratar o aluno com jei to, dar tempo prã ele entrar mais em contato com o material escrito. Agora se eu pegar um modelo, daqueles bem alimentados, de unha cor tada, penteado, aquele que a sociedade nos diz, e eu querer avaliar o outro em função dele añ ele sai prejudicado. Agora respeitando o nã vem dele e sua capacidade, ele não sai preju dicado... eu vou exigir dele o que ele é ca paz em cada etapa do aprendizado".

Do total das entrevistas, resulta um conjunto de per cepções que cobrem um amplo espectro de posicionamentos sobre as relações entre condições de saúde e desempenho escolar. Tal como a polêmica na literatura se concentra nos aspectos nutricionais

também entre as professoras foi encontrado o mesmo foco de discussão. Chama a atenção o fato da relação desnutrição/ fracasso não ser percebida de forma muito rígida como uma relação de causalidade linear. Mesmo aquelas que acreditam haver alguma relação salientam que essa relação não pode ser tomada como regra. Outro grupo remete a questão do fracasso para relações mais amplas que derivam basicamente das condições sociais das famílias das quais os alunos fazem parte. Esses dois grupos de uma forma ou de outra atribuem a responsabilidade do fracasso aos alunos, ou a sua família, ou à sociedade. Frente a essa questão opõe-se GATTI (1981 apud BRANDÃO, BAETA e ROCHA, 1982) dizendo:

" Poder-se-ia concluir então, que o problema subjacente ao baixo rendimento escolar é a pobreza e que portanto estamos diante de um fenômeno eminentemente social cuja solução transcende a competência da escola. Embora tal afirmação seja irrefutável ela é enganosa. É a maneira pela qual a escola lida com a pobreza o ponto crítico..." (p.11)

Na perspectiva aberta por GATTI, pode-se dizer que as professoras entrevistadas, quer tenham revelado uma visão mais restrita ou mais ampla do problema, parecem na maioria, isentar a escola e o professor da responsabilidade sobre o fracasso escolar. Apenas um grupo mais restrito de entrevistadas - o terceiro - traz a responsabilidade do fracasso para dentro da escola referindo-se ao papel que o professor exerce nesse processo. É na mesma direção que se situam os estudos de MELLO (1985) e BRANDÃO, BAETA e ROCHA (1982) ou seja: o fracasso é um fenômeno gerado basicamente dentro da escola que atende as crianças pobres. Como salienta uma das professoras entrevistadas:

"... Tu tens que ver também que eles são pobres e estão numa escola de pobres. Aqui não tem nada, só tem cadeira, mesa, falta giz e o professor ganha uma miséria. Só o que não falta é poeira..."

Apesar desse grupo ser formado por um contingente pequeno de professoras já se pode observar que a perspectiva de análise que atribui à escola um papel-chave no fracasso está presente na escola na qual o processo ocorre. Tal fato encarado o-

timisticamente, poderia ser um passo a contribuir na direção de uma melhoria da escola e na diminuição do fracasso dos alunos.

e) A quinta questão: as ações na sala de aula

A sala de aula representa o espaço no qual são expressas todas as dimensões da educação escolar. É nela que pode-se observar desde a qualidade do espaço físico, localização e instalações até as interações entre professores e alunos, tanto no que se refere ao seu relacionamento pessoal como no tratamento dado aos conhecimentos envolvidos a cada instante do processo educativo. A dinâmica da sala de aula traz em si toda a discussão do processo educativo escolar. As quatro paredes que cercam professores e alunos não os isolam do mundo; ao contrário, recriam em uma micro-instância o processo social, refletindo as relações existentes na sociedade, no tempo e no espaço em que esse processo ocorre.

Ao relatarem suas ações em sala de aula referentes à questão da saúde, as professoras deixam claro que o foco central do trabalho, senão praticamente o único, são as noções de hábitos de higiene:

"A gente dá aquelas instruções básicas pros alunos, de uma boa higiene, pentear o cabelo, cuidar dos piolhos, unhas bem limpas... do banho diariamente".

"Nos trabalhos com a turma eu procurava trabalhar hábitos de higiene no cotidiano, lavar as mãos, essas coisas... tomar banho, andar de roupa limpa, essas coisas, escovar os dentes".

Algumas professoras, apesar de entenderem que as ações propostas aos alunos são, algumas vezes, impraticáveis frente a suas condições de vida, continuam a dispensar essas mesmas instruções:

"... a gente dá aquelas noções básicas de higiene ... muitas vezes eles não tem as condições básicas, em casa, para virem assim para a escola... a gente está sempre falando sobre isso (higiene), sempre comentando..."

"...as vezes eu observo que eles não têm condições em casa, mas continuo ensinando, acho que um dia eles vão aprender..."

Outras, reconhecendo as impossibilidades concretas, propõem "ações alternativas" que de alguma forma superem essas impossibilidades

"...eu explico... mesmo aqueles que têm dificuldade de encontrar água, que não têm água encanada, que não têm poço em casa, que peguem água na vertente, que pelo menos para tomar devem ferver essa água, também tendo uma bacia a gente deve fazer higiene pessoal todos os dias..."

"...eu digo pra eles que quem não tem chuveiro toma banho de bacia, quem não tem bacia toma banho de caneca... sempre tem um jeito da gente tomar banho..."

Os hábitos de higiene não são tratados de maneira formal como conteúdo mas sim, como as professoras chamam, no "momento oportuno"

"...eu falo, e quase sempre é conversa informal, não é como aquela coisa como matéria tem que fazer isso depois eu cobro... eu espero o momento oportuno, quando aparece alguma coisa eu falo..."

"Na medida em que eu sinto que na minha turma é necessário eu hoje entro e mudo totalmente o meu plano de aula e dou aula de higiene ... de repente eu entro em sala de aula e vejo um aluno com piolhos caminhando na cabeça, eu aproveito aquele momento para dar uma, voltar a falar porque a gente está sempre falando pra eles...sempre comento como eles devem se cuidar..."

"...cada um sabe a hora de fazer isso, a hora em que isso é necessário..."

São raras as professoras que observam algum resultado desse seu trabalho cotidiano

"...eu noto que eles procuram fazer aquilo que a gente fala na medida do possível..."

"...eu noto que eles começam a cobrar uns dos outros: Porque tu não lavou os pés?... eles se cobram e eu avalio o trabalho assim..."

A maior parte manifesta um certo grau de frustração na medida em que não observa o seguimento de suas instruções

"...eles não se preocupam com os dentes, com a limpeza... a gente fala, fala e não adianta..."

"...tu cobra deles mas nós já passamos da metade do ano eles continuam vindo em péssimo estado..."

"...a gente bate na higiene... essas coisas, então eles não escovam (os dentes) não tomam banho, unhas, não adianta falar..."

As justificativas a essas constatações passam, por um lado, pelo entendimento e conformidade com as condições de vida dos alunos

"...eu acho que de certa maneira frustra a criança, sô que ela não assimilou o que quer dizer que aquilo ela sabe e não vou conseguir muitas vezes. Até a roupa limpa ou tomar banho todo o dia, eles até tentam as vezes, mas não vão conseguir e então eles se desinteressam..."

"...eles não têm interesse naquilo fora da escola, na vida deles não é importante, eles vêm para a escola, a gente ensina as coisas, eles voltam para casa e lá não tem aqueles hábitos, aquelas coisas..."

Por outro lado, as professoras respondem a ausência de resultados reforçando as instruções a cada dia,

"...a gente tem que bater sempre na mesma tecla..."

"...eles não se interessam e a gente tem que insistir, todos os dias, sempre..."

"...a gente tem que falar sempre, é o cotidiano da criança. Tem que insistir dia-a-dia..."

"...tu sabe que tu tens que repetir as mesmas coisas todos os dias..."

exigindo dos alunos que apresentem as condutas instruídas,

"eu ensino e posso então cobrar deles, cabelo penteado, unha cortada - Tu aí por que não cortaste as unhas?..."

"...e cobro e eles continuam vindo daquele jeito e eu continuo cobrando deles..."

ou, ainda, manifestando o seu descontentamento de forma extremada

"outro dia, ah! eu me alterei e botei a boca mesmo - 'pessoal, primeiro vocês vão lavar bem os pés, olha o cheiro mau e vocês falando em namoro...' eles ficaram envergonhados..."

Pode-se constatar, através dos relatos das professoras, que as noções de saúde por elas desenvolvidas em sala de aula correspondem, em resumo, à transmissão de noções de higiene. Tal comportamento repete uma tradição da escola elementar seja, ensinar o que se considera básico para a saúde. Analisando as percepções das professoras quanto a esse trabalho pode-se observar uma regularidade até então não encontrada nas questões anteriores. Essa regularidade se expressa primeiro pelo conteúdo em si - os hábitos de higiene - e segundo pela forma como esse conteúdo é desenvolvido - de maneira informal no momento oportuno. Apesar

de ser esta a única questão que se referia propriamente ao trabalho do professor e não somente a sua concepção, pode-se aproximar essa regularidade ao que BORDIEU (1975) chama de

"...um habitus como produto da interiorização dos princípios de um arbítrio cultural capaz de perpetuar-se após a cessação da ação pedagógica e por isso de perpetuar nas práticas o arbítrio do princípio interiorizado" (p.44).

As instruções higiênicas interiorizadas pelo professor e repassadas aos alunos são, em primeira instância, uma forma de identificação da diferença de classe que existe entre professores e alunos pois como afirma BOLTANSKI (1979)

"O interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, a sua aparência, agradável ou desagradável e, por outro lado, as suas sensações físicas de prazer e desprazer, crescem quando eles se elevam na hierarquia social e quando se passa dos agricultores aos operários, aos assalariados do terciário e destes aos técnicos e assalariados." (p.145).

Essa perspectiva de classe fica reforçada na medida em que os professores não referem a origem dessas condutas à sua formação acadêmica:

"eu não lembro quase nada do que aprendi. É sinal de muita coisa, o que é bom a gente guarda e o que é inútil a mente esquece de propósito eu acho. Eu não sei te dizer o que aprendi em programa de saúde no magistério..."

"...quando a gente aprende no magistério a gente aprende aquelas noções muito bonitas, tudo muito enfeitado. Quando a gente parte para a realidade a coisa é bem diferente..."

"...eu acho que para 1ª a 4ª série eles deveriam tratar de problemas de subnutrição e depois de higiene... agora ficar tratando de

mordida de cobra, mordida disso, mordida daquilo, não é ensino pra criança..."

O não reconhecimento da origem da instrução higiênica aponta novamente para o "habitus" na medida em que quanto mais o trabalho pedagógico se desenvolve mais se produzem as condições para o desconhecimento do arbítrio cultural, isto é, das condições da experiência subjetiva do arbítrio cultural como necessária no sentido de algo natural (BORDIEU, PASSERON, 1979). Ou seja, o professor não percebendo a origem de classe de sua instrução a perpetua como uma instrução natural. (Para o aluno a inculcação promovida pelo "habitus" não é a prática higiênica mas a noção de que há um hábito higiênico que diferencia os sujeitos. Essa diferença que passa pelo higiênico, pela aparência, passa também pelo mau desempenho e pelo fracasso na escola.

Caberia, ainda, a indagação da origem desse "habitus". Essa indagação fica mais aguçada na medida em que os professores mesmo não observando os comportamentos esperados frente as suas instruções mantêm, inalteradas, essas mesmas instruções.

Uma hipótese explicativa desse comportamento relaciona-se à influência da puericultura. Como expressa NOVAES (1979):

"A medicina social preocupa-se em atuar sobre a estrutura da sociedade, o sanitarismo sobre o ambiente físico, mas a Puericultura quer atuar sobre a forma pela qual as pessoas pensam e vivem seus momentos mais fundamentais, ou seja, na família, no trabalho, no cotidiano." (p.30).

É na "missão civilizatória" da puericultura que as "mães selvagens" vão ser instruídas nos preceitos básicos de como cuidar bem da saúde da criança. Esse conjunto de cuidados, impregnados de uma ótica de sociedade burguesa, vão desenvolver o que MIGUEL (1984) chama de uma "amorosa ditadura" na qual se submete às crianças a toda a autoridade, disciplina e hierarquia da sociedade, mas com muito carinho. E, como tese, salienta-se, que o "habitus" se desenvolve antes na mulher do que no professor - que na sua grande maioria são mulheres.

Por outro lado, as contribuições de DOUGLAS (1966) pro

porcionam uma ótica diferente para a análise da questão, quando afirma:

"Como se sabe, a sujeira é essencialmente de sordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê. Se evitamos a sujeira não é por covardia, medo, nem receio ou terror divino. Tampouco nossas idéias sobre doença explicam a gama do nosso comportamento no limpar ou evitar a sujeira. A sujeira ofende a ordem. Eliminá-la não é um movimento negativo mas um esforço positivo para organizar o ambiente." (p.12).

As práticas higiênicas são rituais de organização. São formas de se dar ao ambiente e aos indivíduos uma ordem aceitável e reconhecida enquanto tal. O "materialismo médico" reinterpretou essas práticas configurando-as como mecanismos de proteção contra a doença. As descobertas da bacteriologia e dos mecanismos de contágio das doenças contribuíram para a reinterpretação dessas práticas ritualísticas conferindo-lhes um novo sentido, fornecendo uma função objetiva ao lado do seu valor simbólico de conformar uma certa ordem.

Nessa perspectiva pode-se dizer que o tratamento dado à higiene pelas professoras busca menos a saúde do que uma conformação de ordem entre os alunos, ordem esta que coincida com a daquela do professor. A ordem apresentada pelos alunos é subjugada frente a do professor pela autoridade que esse possui. Mas, a ordem ditada pelo professor não é simplesmente uma necessidade individual. Trata-se de uma necessidade social de impor uma determinada ordem individual, política e social. Nas palavras de DOUGLAS (1966):

"Os rituais influem sobre o corpo político por intermédio do agente simbólico do corpo físico." (p.168).

Por último caberia ainda uma reflexão sobre a não resposta dos alunos às instruções formuladas pelas professoras. Acredita-se que tal questão para ser respondida necessitaria de uma investigação direta e mais profunda. Não obstante, poderiam já ser levantados alguns aspectos. O primeiro se dirigiria no

sentido da impossibilidade prática dos alunos efetivarem tais instruções. Segundo: (tais instruções não fariam sentido para os alunos em sua vida diária sendo apenas ouvida como ladainha da escola.} A terceira iria na direção das análises de que GIROUX (1986) trata como resistência ou o que FREIRE E SHOR (1987) analisam como "cultura do silêncio".

A análise das manifestações dos professores quanto às questões da saúde estabelece um amplo espectro para o entendimento da educação da saúde na escola. Como se pôde verificar, as percepções variaram desde posições fortemente individualizadoras até concepções mais abertas que envolviam os fenômenos sociais como um todo. Mesmo que essas concepções mais abertas e abrangentes careçam de reflexão mais profunda, refletem a presença na escola de um grupo de professoras, ainda reduzido, mas com uma visão mais crítica da questão. Esta ocorrência que não era esperada ao se iniciar o estudo, pode ser considerada como um indício da possibilidade de transformação no pensar e no agir dos professores em relação à educação.

CAPÍTULO V

APRENDENDO A FAZER NO COTIDIANO DA ESCOLA

1. Desenvolvendo a estratégia de ação/investigação

a) Estabelecendo um acordo de trabalho

Na primeira escola que aceitou participar do EPPES (Escola A) já estavam em andamento outros projetos do Programa PERI CAMPUS. Tratava-se de uma das maiores escolas do município, atendendo a aproximadamente, 1200 alunos de primeira a oitava série do primeiro grau, distribuídos em três turnos, de 3 horas, e contando com um total de 60 professores, incluindo direção e professores dedicados à atividades burocráticas. Suas instalações físicas eram bastante precárias, como de resto, as demais escolas do município. Segundo alguns professores a escola atendia uma clientela oriunda de uma das faixas de população mais pobres do município, principalmente alunos de áreas de invasão urbana (áreas faveladas).

Após a apresentação do projeto à direção (que manifestava certa reserva quanto ao número de experiências desenvolvidas naquela escola) foi fixada uma reunião com os professores na qual far-se-ia a apresentação geral da proposta e o levantamento de interesses dos professores em participar da mesma. Durante a reunião ficou estabelecido que o projeto seria desenvolvido nas séries do currículo por atividade (primeira a terceira) e com aqueles professores que se dispusessem a utilizar um horário extra, além de sua carga horária de trabalho; quinze das professoras presentes à reunião manifestaram-se favoravelmente. Diante das condições de funcionamento da escola, em três turnos, foram organizados dois grupos de trabalho que se reuniam em horários que antecederiam ou sucediam às aulas. O grupo que pretendeu trabalhar no projeto após o horário de aulas se desfez na segunda reunião; as

professoras julgavam impossível trabalhar naquelas condições, o que coincidiu com a avaliação feita pela equipe do EPPEs. Não havia local para as reuniões, as professoras dispunham de um tempo muito reduzido e aquele horário era ocupado, muitas vezes, com a execução de atividades burocráticas da escola.

O grupo que desenvolvia o EPPEs antes do horário de aula organizou-se, segundo orientação das professoras, sob forma de um curso que foi chamado de "Princípios Básicos de Educação e Saúde". Os conteúdos do curso (delimitação de prioridades) foram estabelecidos pelas professoras. Segundo o acordado, as reuniões seriam semanais, com duração de uma hora e as atividades com as crianças ocupariam também uma hora durante a semana no período que o professor julgasse mais conveniente. Baseado nesse acordo, as atividades tiveram seu início efetivo em meados do mês de maio de 1985.

A segunda escola (Escola B) participante do EPPEs havia se dirigido à Universidade, no final de junho, em busca de serviços de atendimento médico para seus alunos, via PERICAMPUS. O contato com a coordenação do Programa direcionou a escola para a equipe do EPPEs. Não tendo ocorrido um encontro inicial direto marcou-se uma reunião da equipe com a direção, na própria escola. A intenção era tão somente esclarecer que o projeto não se propunha a oferecer atendimento médico. Tal ação só era possível em algumas escolas que reuniam uma série de condições especiais tais como: existência de uma Unidade Sanitária na qual se desenvolvessem estágios da UFRGS, próxima à escola; disponibilidade dos professores e estagiários da UFRGS; possibilidade de integração ou acompanhamento do atendimento, transformado em projeto regular do Programa. Feitas essas colocações e apresentado o projeto durante a reunião, várias professoras manifestaram interesse mesmo que não fosse atendida a solicitação colocada inicialmente.

Apesar de, num primeiro momento, não ser de interesse para o EPPEs abrir mais um campo de trabalho, algumas características dessa escola fizeram com que o projeto ali se implantasse. A escola contava igualmente com precárias instalações porém o que parecia oportuno era o pequeno número de professoras (15) e sua localização em uma zona de transição urbano/rural. O grupo de trabalho então formado constituía-se pelo diretor e nove professoras que atendiam alunos de primeira a quarta série. Acordou-se que as reuniões seriam semanais, iniciando-se na primeira se-

mana de agosto no horário que precedia o turno da tarde, não tendo sido aventada a disponibilidade para trabalhos junto aos alunos. A esse grupo foram incorporados mais tarde, por sugestão das professoras, os alunos representantes da quarta série e os pais representantes (dos 8 representantes, dois se dispuseram a participar das reuniões).

b) Delimitando as prioridades de trabalho

Estabelecidos os acordos de trabalho tratava-se de identificar e fixar os temas prioritários que seriam desenvolvidos no projeto.

Na primeira escola (Escola A) foram delimitados os seguintes temas: higiene, alimentação, doenças comuns, primeiros socorros, problemas de aprendizagem.

A escolha desses temas não foi consensual mas por maioria. A própria relação e ordenação dos assuntos por si só revelava alguns posicionamentos que esse grupo de professores estava assumindo. Optar por higiene e alimentação, como focos iniciais, sugeria que os professores estariam buscando alguma forma nova de obter resultados frente aquelas situações de ensino e de aprendizagem que julgavam importantes e para as quais não haviam obtido resultados satisfatórios até o momento. A falta de assistência médica de fácil acesso inspirava a escolha dos dois temas seguintes: doenças comuns e primeiros socorros.

"...às vezes numa emergência a gente tem que saber alguma coisa..."

"...o posto nunca funciona direito. Não se sabe quando tem médico..."

"...a gente tem que fazer alguma coisa por eles..."

Entre a emergência e a falta de assistência, os professores chamavam a si a responsabilidade de cuidar de seus alunos. Certamente o conhecimento nessa área pode, de alguma forma, trazer benefícios para os alunos; entretanto, fixar-se neles pode, também, deslocar as funções do professor e da escola. Na medida em que estes suprem uma necessidade que não é sua função específica, a força para reivindicar o atendimento dessa necessidade pelos setores competentes fica diminuída.

O último tema escolhido mostrava a tentativa de deslocar os problemas enfrentados com os alunos, principalmente a disciplina, para uma discussão médica, exterior à escola; também seria mais fácil situar o problema no aluno ou em sua família.

Esses "problemas de aprendizagem" foram revelados pelos professores em termos de:

"...eles não param quietos nunca, não sei o que fazer mais..."

"...prá mim eles têm problemas psicológicos, não aprendem nada..."

"...tem uns que não param quietos, acho que são doentes de alguma coisa..."

A preocupação com os problemas de aprendizagem é legítima e está de tal modo presente no cotidiano do professor que qualquer oportunidade é campo para buscar uma resposta ou solução:

"...alguém deve ter uma solução para isso..."

Sem aprofundar com o grupo de trabalho as razões da escolha, a equipe do projeto iniciou o desenvolvimento do EPPES na Escola A.

Na Escola B os temas selecionados pelos professores foram: evasão e repetência, desnutrição, hábitos de higiene, disciplina, problemas psicológicos e neurológicos, sexualidade e adolescência, doenças comuns.

Essa composição de temas foi elaborada a partir do levantamento dos "problemas da escola" feito junto a todos os professores, independente de quantos sentissem como problema o tema proposto. Frente à abrangência e complexidade dos assuntos levantados, o grupo do projeto solicitou aos professores que delimitassem prioridades pois não seria possível desenvolver um programa de tal porte no tempo disponível acordado.

Em rápida discussão os professores decidiram tratar prioritariamente os temas: desnutrição, higiene e disciplina. Entre os assuntos considerados como problemas da escola encontrava-se evasão e repetência; mas, apesar dos argumentos de uma professora de que

"...esse é o problema mais grave. Não há

como fazer outra coisa sem pensar nisso antes..."

o grupo de professores entendeu que os temas citados eram de necessidade "mais imediata".

O processo de desenvolvimento do EPPES e seus resultados, nas duas escolas, será tratado em próximo item.

Considerando as particularidades de cada uma das escolas, optou-se por relatar e discutir os dados das experiências numa sequência não obrigatoriamente temporal mas estabelecida em função dos diferentes modos de ação verificados em cada escola.

2. Escola A: a ação obediente

Conforme planejado quando determinadas as prioridades, a ação do EPPES na Escola A, desenvolveu-se na sequência temática proposta.

Com referência ao primeiro tema a ser trabalhado - hábitos de higiene - o grupo de pesquisadores trazia, como idéia básica, levantar questionamentos sobre o papel ideológico desses ensinamentos para aquelas crianças. Por sua vez as professoras revelaram que tal assunto "...é o que sempre se dá nas primeiras séries". Passou-se, de início, a discutir com as professoras o papel da higiene como uma etapa do processo de socialização das crianças, funcionando como um conjunto de normas que vai orientando os indivíduos sobre um certo modo de viver. Essas colocações foram facilmente aceitas pelas professoras que, de certa forma, sentiram-se reforçadas em sua preocupação. No passo seguinte solicitou-se que as professoras formassem exemplos do que esperavam de um bom comportamento higiênico. Com os exemplos formulados pedimos, então, que associassem esses exemplos a um modo de vida mais geral, ou seja, exemplificando como deveriam ser as

condições de vida de um indivíduo que respondesse ao perfil criado com aqueles exemplos. Com o quadro de respostas montado, começava a ficar claro para aquelas professoras que o indivíduo higiênico por elas idealizado estava longe de poder ser um dos seus alunos ou de representar a grande maioria das famílias dos mesmos. Ao mesmo tempo, surgia, dissimuladamente, entre as professoras a sensação de que aquele perfil não correspondia nem aos seus próprios comportamentos. A sensação de que haviam criado para seus alunos um modelo ao qual nem elas próprias poderiam responder causou um desconforto entre as professoras. Esse sentimento levou-as a considerar o assunto como trabalhado e a proporem o estudo do tópico seguinte.

Trabalhar a questão da higiene nesses moldes não foi, de certo modo, a forma ideal. Enquanto tema, colocá-lo no início de um processo de reflexão pode ter sido pouco cauteloso na medida em que o professor ficou exposto a uma reflexão que conflituava com noções antigas e fortemente introjetadas. Possivelmente, uma discussão e reflexão prévias mais prolongadas sobre o modo de vida daquelas crianças facilitassem esse tipo de posicionamento crítico. Deslocar muito rapidamente o foco do problema do aluno para o professor não é a melhor estratégia. Além disso, trazer um problema à responsabilidade do professor pode ser caminho para outras aproximações, o que também não lhe é, certamente, prazeiroso.

Diante dos resultados do trabalho com o primeiro tema e prevendo que algo semelhante poderia ocorrer também em relação ao segundo, a equipe do EPPEs pensou numa atividade que deslocasse, por algum tempo, o foco de ação centrado nas professoras. Sobre essa preocupação o interesse dos pesquisadores em que o projeto se dirigisse para o trabalho com as crianças e não simplesmente atendesse aos interesses e necessidades revelados pelas professoras. Assim, sugeriu-se às professoras uma investigação das noções de saúde presentes entre os alunos. A técnica a ser utilizada seria a de desenhos livres com a qual os alunos responderiam a questão "O que é importante para se ter saúde". Os procedimentos não foram discutidos nem padronizados, ficando a cargo de cada professora o desenvolvimento da atividade com seus alunos. A atividade tinha como pressuposto a expressão livre dos alunos; isto não se configurou na maioria das turmas nas quais a atividade foi desenvolvida. Os pesquisadores acompanharam alguns momentos do desenvolvimento da atividade em todas as turmas e,

eventualmente, solicitavam aos alunos que explicassem as representações que estavam fazendo. Terminada a atividade os desenhos foram recolhidos e categorizados pela equipe de pesquisadores, que também procedeu a análise do desenvolvimento da atividade; observou-se que apenas uma professora limitou-se a apresentar a proposta aos alunos e os deixou trabalhar sem interferência. Neste caso, quando um aluno levantava alguma questão, a professora o orientava no sentido de que a ele, aluno, cabia determinar e representar aquilo que achasse importante; ou, ainda, quando ocorria alguma dúvida específica, a professora referia que se ele considerava tal elemento importante poderia representá-lo. Outras professoras apresentaram a tarefa aos alunos fazendo uma preleção sobre o que era importante para se ter saúde. Em um caso, a professora entregou aos alunos uma folha mimeografada contendo desenhos do tipo: sabonete, chuveiro, escova de dentes, a figura de um médico, etc., e solicitou que os alunos colorissem aquelas figuras que eram importantes para se ter saúde.

A análise do trabalho realizado pelos alunos mostrou diferentes resultados conforme a conduta da professora. Quando os pesquisadores não observaram diretamente a apresentação do trabalho aos alunos, indagaram da professora e de alguns alunos, individualmente, o que havia sido solicitado. Na turma em que a professora deixara livre a manifestação dos alunos, 21 crianças fizeram uma composição variada de elementos predominando aspectos ligados a expressão do cotidiano como um todo, que foi chamado de "aspectos culturais" (a família, a igreja, a praça, água, árvores, etc). Dos demais alunos, 4 concentraram sua atenção nos hábitos de higiene corporal (sabonete, chuveiro, escova de dentes, etc) e 2 a elementos de assistência médica (hospital, medicamentos, caixa de primeiros socorros...).

Um aluno que desenhou uma igreja, quando solicitado a explicar seu desenho, disse:

"A igreja é importante porque sem Deus a gente fica doente."

Outro que desenhou a família justificou, dizendo:

"A minha mãe cuida de nós quando a gente fica doente, a vó faz chá, ajuda a vizinha quando ela tá doente..."

Naquelas turmas nas quais as professoras fizeram sua "preleção de abertura", os alunos concentraram suas representações reproduzindo as idéias que a professora considerava como importantes. No conjunto da experiência as representações realizadas em cada turma foram classificadas da seguinte forma:

Sala A - Distribuição quantitativamente aproximada entre elementos ligados aos "aspectos culturais" e à higiene, havendo alguns que concentraram-se na alimentação;

Sala B - Concentração em torno de aspectos de assistência médica sendo poucas as representações de alimentação e higiene e raros as de "aspectos culturais";

Sala C - Distribuição homogênea entre aspectos de higiene, alimentação e assistência médica, sendo raros os elementos culturais;

Sala D - Predominam fortemente os aspectos de higiene e a alimentação raramente aparece.

Na sala em que a professora forneceu a folha mimeografada, os alunos coloriram praticamente todos os desenhos. A figura que foi colorida em menor número representava um médico. Indagado sobre porque não havia escolhido o médico um aluno argumentou:

"médico receita injeção que dói..."

Com os resultados assim organizados, iniciou-se uma discussão entre as professoras que teve dois momentos. No primeiro foi discutida a presença das representações abran-
gentes elaboradas pelas crianças do que era necessário para se ter saúde. A polêmica central não foi sobre o que aquelas representações dos alunos estariam espelhando; algumas professoras argumentavam que nas turmas onde havia uma amplitude nas representações os alunos haviam sido mal instruídos e, como não sabiam o que fazer, teriam "desenhado qualquer coisa". Essa interpretação revelava, por um lado, a falta de compreensão do mundo das crianças por parte das professoras; por outro, mos
trava a permanência da atitude de descrença nas condições das

crianças construïrem e representarem suas próprias idéias. As professoras revelavam escasso interesse em se deterem no exame de cada um dos desenhos para tentar interpretar o mundo que ali era representado.

A tal posicionamento, aquelas professoras que haviam orientado a atividade de forma mais flexível responderam que os resultados obtidos em suas turmas eram os que espelhavam de fato o pensamento dos alunos. Argumentaram, também, que fornecer instruções fechadas para o trabalho não faria sentido pois "iriam obter aquilo que elas queriam e não o que as crianças achavam". A dinâmica da reunião passou de um debate a uma troca de acusações de forma mais ou menos sutil utilizando expressões do tipo "tem professor que...", referindo-se a professoras que faziam parte daquele grupo. O foco da discussão foi se deslocando do trabalho em si e dirigindo-se para a oposição disciplina versus criatividade na sala de aula.

A discussão continuou com os pontos de vista opostos; à argumentação de que algumas turmas eram por demais indisciplinadas e que "...se ouvia muita conversa e algazarra durante as aulas"; demonstrando a "...falta de domínio da turma" por parte das professoras; outras professoras argumentavam que nessas turmas ditas "barulhentas" o que havia de fato era uma troca de idéias entre as crianças e não uma disciplina rígida que ia facilitar o trabalho do professor ao invés de "auxiliar efetivamente no aprendizado dos alunos".

As discussões não chegaram a tomar um rumo mais acalorado uma vez que os pesquisadores fizeram uma intervenção conciliatória retomando a análise dos desenhos das crianças. O que se tentava naquele momento, evitando na medida do possível um confronto mais acirrado entre as professoras, era levá-las a perceber que as representações das crianças não eram "um desenho qualquer" mas tinham uma lógica própria que necessitava a atenção das professoras. Porém o conflito latente no grupo fez com que, por sugestão da maioria, se passasse para o assunto seguinte.

Considerando a polêmica ocorrida dentro do grupo de professoras, o trabalho passou, na sua continuidade, a ser desenvolvido de forma a incluir, além dos propósitos iniciais, um trabalho mais pedagógico junto às professoras. O assunto acordado para ser trabalhado então, era alimentação.

O estudo da alimentação ao nível da escola de primeiro grau tem sido, na maioria das situações, inspirado na idéia de uma "educação nutricional". A crença de que as famílias de baixa renda, e por consequência as crianças, alimentam-se mal por força da ignorância sobre os preceitos corretos de uma boa nutrição sustenta tais iniciativas. Atendendo esse pressuposto seria necessário ensinar a esses sujeitos como fazer uma dieta corretamente balanceada. Essa crença está ligada aos programas desenvolvidos pelas agências internacionais no Terceiro Mundo, iniciados na década de cinquenta, que caracterizava os processos de desnutrição nesses países como originados da deficiência de ingestão protéica. Consequentemente, era preciso "educar" as populações e fornecer-lhes suprimentos de proteínas a fim de suprir tal deficiência. Além disso, os costumes alimentares dessas populações, classificados como primitivos, seriam, talvez, o que impediria a formulação correta de uma dieta balanceada segundo os preceitos científicos.

Vendo a questão sob outro prisma, CAMPOS (1982) apresenta a idéia de que as concepções nutricionais são campos para se compreender as condições globais de existência de qualquer grupo humano.. Os "tabus" alimentares,

"...quando vistos dentro das condições sócio-econômicas globais, apresentam uma 'racionalidade' a longo prazo, relativizando o prejuízo possível deles decorrente e exigindo uma posição mais realista quanto à verdadeira importância teórica e prática do fenômeno" (p.12)

Não se pode esquecer, ainda, que a renda é o principal determinante do estado nutricional das populações. A ocorrência de desnutrição calórico-protéica está associada mais fortemente a deficiências quantitativas do que qualitativas. A dieta fornecida pelas mães de baixa renda é adequadamente balanceada porém quantitativamente insuficiente. Isto decorre basicamente da insuficiência de renda já que essas famílias dedicam mais da metade de seus recursos à alimentação (CAMPINO, 1986).

O binômio mã-alimentação - ignorância foi revelado nas manifestações das professoras. A idéia predominante entre elas era de que os alunos "...não sabiam se alimentar". Essa "ignorância" seria a determinante de um mau estado nutricional e conse-

qüente mau desempenho escolar. Era perceptível a idéia de que ensinando as crianças a se alimentarem corretamente elas obteriam um melhor rendimento na escola.

Este posicionamento evidenciado levou a estabelecer uma estratégia de trabalho pela qual se pretendia levar às professoras um conjunto de informações que lhes permitisse refletir sobre as posições apresentadas. Inicialmente, propôs-se uma discussão a respeito dos efeitos da desnutrição sobre o comportamento da criança, como apatia, diminuição da atenção e da atividade, etc. Em um segundo momento foram abordados aspectos ligados à estimulação da criança, dentro e fora da escola, e os reflexos disso no desempenho escolar. As influências da renda sobre o padrão alimentar das famílias não pareceu, a algumas professoras, como a explicação mais adequada, pois

"...a não ser em casos extremos, se as mães não desperdissassem dinheiro comprando bobagens poderiam alimentar melhor seus filhos..."

Neste ponto algumas professoras sugeriram que poderia ser feito um trabalho com as crianças. A técnica utilizada foi novamente a de desenhos livres. Apesar das afirmações de CAMPOS (1982) de que o levantamento da dieta alimentar através de manifestação direta dos sujeitos não é uma forma fidedigna de avaliação do padrão nutricional, optamos por essa técnica. A intenção principal do levantamento era buscar alguns dados de como as crianças se relacionavam com os alimentos e obter subsídios para o desenvolvimento posterior do trabalho.

Aos alunos foi proposta a mesma técnica utilizada anteriormente. Em cada turma a professora solicitava aos alunos que representassem "o que a criança comia em casa no dia-a-dia". Apesar de, nesta situação, a maioria das professoras ter deixado as crianças se manifestarem livremente, sem prévias instruções, uma professora ainda apresentou aos alunos uma folha mimeografada com uma mesa sobre a qual havia inúmeros alimentos, tais como: frango, embutidos, taça de sorvete, pernil, bolos, e solicitou aos alunos que colorissem "aqueles alimentos que as crianças comem no dia-a-dia".

Os alimentos mais representados foram, por ordem: arroz e feijão; pão, manteiga e geléia; frutas e legumes; bolachas,

doces, chocolate; ovos e carnes,

No caso da turma que trabalhou com o desenho mimeografado as crianças coloriram a maioria dos desenhos. Quando questionados da razão da escolha manifestaram o seu "gosto" pelo alimento.

A análise dos desenhos mostrou que a maioria das crianças representava um conjunto de alimentos no qual não se evidenciava a "ignorância" esperada por algumas das professoras.

"...ê, não aparece tanta porcaria assim..."

Ao ser questionada sobre a qualidade dos resultados do trabalho de seus alunos, a professora que utilizou a folha mimeografada, argumentou que daquela forma o trabalho era mais organizado e tranqüilo.

Novamente esboçou-se o conflito disciplina versus criatividade. Desta vez, porém, as professoras limitaram-se a manifestar sua opinião, evitando um debate mais acirrado dentro do grupo.

Na etapa seguinte pretendia-se desenvolver com os alunos uma atividade de classificação dos alimentos. Assim, as crianças poderiam desenvolver os seus próprios critérios de classificação e no final seria apresentado o critério de Roda de Alimentos de MORLEI (alimentos para crescer, para correr, para proteger) já que as professoras requeriam um tratamento mais "científico" para o assunto.

O fato que mais chamou a atenção nesse momento é que algumas professoras tinham dificuldade em compreender como seria possível estabelecer mais de um critério de classificação para as mesmas coisas; algumas professoras que dominavam melhor a idéia nova começaram a trabalhá-la com as próprias colegas na descoberta de quais seriam as possibilidades de desenvolvimento das classificações (por refeição, por tipo, pelo gosto, etc.). A descoberta das múltiplas possibilidades pareceu a algumas professoras algo bastante interessante que poderia, ser desenvolvido com seus alunos em diversas situações; em outras, porém, permanecia a dúvida "...se os alunos iriam conseguir".

No desenvolvimento do trabalho na sala de aula algumas professoras conseguiram resultados interessantes na medida em que estimularam seus alunos a obterem os agrupamentos pelo maior número de categorias possíveis dentro da turma. Outras, no entanto, obtiveram resultados que consideraram "frustrantes" na medida em que não conseguiram que seus alunos chegassem à "roda dos alimentos" tal como desejavam.

O foco da discussão dos resultados centrou-se, por orientação dos pesquisadores, nos determinantes econômicos do padrão alimentar. Tomando como exemplos as condutas descritas pelas professoras dos seus próprios padrões alimentares não foi difícil desenvolver tal análise. Aparentemente, afastando a imagem do aluno da discussão, as professoras tinham mais "facilidade" de entenderem tal determinação.

A merenda escolar também foi colocada em discussão como forma de alimentar a criança durante o período escolar e não como tentativa de suplementar todas as carências nutricionais dos alunos. Esse debate foi interessante para as professoras que viam reforçada uma observação própria de que a espera da merenda por parte de alguns alunos era um fator prejudicial ao ensino na medida em que deslocava a atenção da aula. Após essa discussão, surgiu no grupo a idéia de se sugerir que a escola modificasse os horários de merenda. Sugeriu-se oferecer a merenda antes do início da aula, de modo a se poder, primeiro, trabalhar com os alunos por um período no qual eles estivessem alimentados e, segundo, evitar que o curto período de aula (já que a escola funcionava em 3 turnos de 3 horas) fosse diminuído com o tempo gasto com a merenda. A sugestão foi levada informalmente à direção. A resposta foi negativa alegando-se problemas de ordem operacional em função do horário de trabalho dos funcionários que preparavam a merenda. A sugestão, além de não ser aceita pela direção, foi tomada, em uma expressão discreta, como "...mais uma tentativa de interferência do Programa Pericampus nas escolas". A observação se referia tanto ao EPPES quanto aos demais projetos do Programa que atuavam naquela escola.

Após esse trabalho aproximava-se o período de férias; diante do aumento de tarefas que ocorreria para as professoras e, mais significativamente para os próprios pesquisadores, o grupo, como um todo, decidiu suspender o trabalho até o início das aulas no semestre seguinte e fazer uma avaliação do andamento do

projeto até aquele momento. As decisões foram tomadas em reunião geral após discussão, vencendo a opinião da maioria.

A avaliação realizada foi geral, sem especificação dos itens trabalhados. As professoras entendiam que o projeto tinha tido um bom desenvolvimento mas não estava atendendo os seus interesses, dirigindo-se muito aos alunos. Além disso, expressavam que havia necessidade de "mais conteúdo e menos discussão".

A equipe do EPPES também realizou sua avaliação na qual ficou igualmente evidente a necessidade de uma mudança nas estratégias de trabalho. O primeiro aspecto discutido nesta avaliação foi a situação "política" da escola. Observara-se uma grande instabilidade da direção em função do sistema de Colegiado, que havia sido implantado pela Secretaria e Prefeitura Municipal, de forma experimental, naquela escola. Os conflitos entre os grupos dentro da escola se expressavam em qualquer espaço, incluindo aqueles proporcionados pelo projeto. Como em várias situações os pesquisadores foram levados a se posicionarem frente a algumas questões, a equipe terminou por se identificar, em alguns momentos, com determinados grupos. Nesse quadro os pesquisadores optaram por pensar uma estratégia de trabalho que garantisse maior estabilidade para o desenvolvimento do projeto.

O segundo aspecto avaliado referia-se às questões pedagógicas. A perspectiva inicial dos pesquisadores era de que fosse possível desenvolver o EPPES a partir dos conhecimentos dos pesquisadores sobre saúde e os das professoras sobre as questões pedagógicas. No entanto, verificou-se que grandes eram as dificuldades da maioria das professoras, em dar atenção e trabalhar com aquelas questões trazidas pelos alunos. Levar as professoras a pensar a saúde a partir dos alunos trazia junto uma questão mais ampla que era a de "saber ouvir" os alunos. Além disso, o trabalho iniciado com os sistemas de classificação, a partir dos alimentos, revelou uma deficiência dos próprios pesquisadores, uma vez que não dominavam o bastante essas questões metodológicas de ensino e de aprendizagem para ampliar o trabalho de forma competente.

O que transpareceu mais claramente da avaliação era que, de uma forma ou de outra, tanto pesquisadores como professores requeriam um redirecionamento do projeto no sentido de criar uma situação mais "segura" para os grupos.

A continuidade do projeto foi assegurada no segundo se mestre letivo, com o trabalho sobre o tema previamente acordado: "doenças comuns".

A abordagem iniciou com o levantamento de problemas de saúde que os professores consideravam como mais graves enfrentados, naquele momento, na escola, marcadamente a incidência de "piolhos" e da "sarna".

O trabalho apresentou, inicialmente, um enfoque bastante técnico, já que frequentemente eram encontrados alunos com piolhos e sarna, o que facilitava o surgimento de surtos na escola. Assim, discutiu-se o manejo dessas doenças através de técnicas simplificadas; ao mesmo tempo, os alunos identificados como portadores desses problemas eram encaminhados a tratamento na Unidade Sanitária próxima a escola.

A cada assunto trabalhado correspondia um texto básico elaborado pela equipe, contendo informações técnicas e de cunho social. Buscava-se, dessa forma, não perder a ótica de que tais problemas não eram originados simplesmente pela falta de cuidado ou relaxamento dos alunos, mas de suas condições de vida que os expunham a um risco elevado de contraírem essas doenças.

A dinâmica estabelecida para os encontros partia do relato das vivências das professoras em relação ao problema. Com esses relatos era criado um quadro clínico "típico" de cada uma das doenças. A partir desse quadro discutia-se os conhecimentos que as professoras tinham sobre como agir em cada situação. Uma vez estabelecida uma situação o mais próximo possível do cotidiano das professoras, iniciava-se a discussão no sentido de identificar relações mais extensas entre o caso individual criado e como esse caso se inseria naquela comunidade e na sociedade. Essa metodologia mostrou-se bastante rica pois possibilitava abordar o assunto doenças comuns tanto na sua dimensão técnica como na sua dimensão social.

A opção por essa forma de trabalho desviava-se da proposição inicial do projeto; corria-se o risco de reproduzir os programas tradicionais de treinamento de professores na área da saúde. No entanto, essa fôra a forma encontrada para viabilizar o projeto devido as restrições colocadas pela Prefeitura em relação as atividades do Programa Pericampus. Assim, sob essa metodo

logia foram desenvolvidos os assuntos: sarna, piolho, acidentes na infância (ferimentos, contusões, entorces, etc) e verminoses.

A partir da discussão das "doenças comuns" foi se revelando gradativamente entre as professoras a necessidade de envolver os pais dos alunos nessas discussões. Inicialmente as preocupações das professoras iam no sentido de chamar a atenção dos pais para a saúde dos alunos. Esboçava-se a tendência a arguir que a escola, e elas próprias, não seriam os responsáveis pelo tratamento dos problemas de saúde das crianças. Mesmo que tal visão pudesse encobrir uma vontade de transferir todos os problemas dos alunos para suas famílias, abria-se um espaço na escola para a participação da comunidade.

A direção da escola não se opôs à idéia da reunião mas não mostrou interesse em sua realização. As professoras encarregaram-se de organizá-la convidando os pais para virem à escola no dia da entrega dos boletins de notas, através de convites escritos enviados por intermédio dos alunos.

A reunião realizou-se em um sábado pela manhã e estavam presentes aproximadamente 50 pais de alunos. No primeiro momento foram expostos os motivos que haviam levado àquele convite. No segundo momento, os presentes foram organizados em pequenos grupos a fim de discutir os problemas enfrentados naquela comunidade em relação às crianças e formular sugestões para a solução desses problemas. Na etapa final cada grupo fazia um relato para o grande grupo, do que havia discutido e quais as soluções propostas. A lista dos problemas levantados era extensa, desde necessidades mais imediatas como a falta de material escolar e remédios para piolhos, passando por falta de policiamento e assistência médica, até a falta de emprego, a pouca organização da comunidade e o racismo. As soluções propostas foram colocadas em dois níveis. O primeiro propunha a instalação de um consultório médico na escola para o atendimento das crianças e o segundo a organização daquele grupo para a formação de uma associação de pais, médicos e professoras.

No grande grupo, a preocupação central era o "posto de saúde" da vila que nos últimos tempos vinha apresentando um decréscimo na qualidade do atendimento. Segundo os presentes faltavam médicos e dentistas e o número de consultas oferecidas era pequeno devendo "... os que quisessem, ir para a fila de madrugada

da". A maioria concordou que a criação de associação seria a melhor forma de se "... fazer alguma coisa". Dessa forma foi marca da uma nova reunião na qual se aprofundaria essa discussão, fixando os objetivos e funcionamento da associação.

No intervalo entre as duas reuniões, começaram a surgir na escola vários boatos sobre as intenções da reunião. A idéia mais provocativa e difundida é que estaria sendo organizada uma oposição a Prefeitura através de "... grupos de outros partidos infiltrados nas escolas". Os boatos fizeram com que as professoras se afastassem do processo organizativo comunidade-escola temendo represálias por parte da Prefeitura.

Devido à falta de estímulo dos professores, a segunda reunião teve um número de presentes bastante menor; além disso, dentre esses poucos, alguns não haviam participado da reunião anterior.

Nessa reunião novamente foram dirigidas críticas ao "posto de saúde". Quanto à criação da associação foram também levantadas críticas às duas associações de moradores existentes na vila que não cumpriam seus objetivos de levar adiante as reivindicações dos moradores e "... só funcionavam mesmo na época das eleições". Entendiam os presentes à reunião que era necessário criar uma associação "só dos moradores sem a presença de políticos ou cabos-eleitorais".

Os pesquisadores argumentaram, por seu lado, que não poderiam tomar parte direta na organização já que o trabalho desenvolvido naquela escola era relativamente temporário.

Ao final da reunião o grupo decidiu criar, como base de uma nova associação, uma "comissão de saúde" na escola; ela teria como funções: organizar o atendimento dos problemas mais urgentes dos alunos e criar um local "... onde as pessoas pudessem se reunir e discutir os problemas da vila".

A proposta final ficou de ser encaminhada aos professores e direção da escola, posteriormente, pelos pais.

Contatos informais mantidos com algumas professoras trouxeram aos pesquisadores informações de que tal tipo de organização poderia ser feita mas não dentro da escola, isto é, a escola

não permitiria a ocorrência da mesma em suas dependências. Além dessa proibição, remetida à escola de maneira informal, os pesquisadores receberam outro "recado" da Prefeitura prevenindo que se quisessem manter o Programa Pericampus para o ano seguinte deveriam "... evitar envolvimento político com professores e com a população".

O final do ano letivo se aproximando e diante das restrições impostas, a equipe de pesquisadores reuniu-se com as professoras para expor a situação e dar por encerrado o trabalho naquela escola.

A compreensão das possíveis causas que levaram a Prefeitura a tomar as atitudes descritas será facilitada ao se analisar a descrição das atividades do EPPES na escola B, o que será feito no capítulo seguinte.

O desenvolvimento do EPPES na Escola A pode ser caracterizado, em uma análise mais rigorosa, como uma "ação obediente" passível de ser atribuída tanto ao grupo de professoras como a equipe de pesquisadores.

Durante as discussões ficava claro que havia divergências entre as professoras e entre professoras e pesquisadores. As discordâncias entre as professoras foram colocadas de forma mais ou menos aberta, porém, no encaminhamento dos conflitos permaneceu uma conduta de não confrontação, o que favorecia a permanência inalterada de posicionamentos mais tradicionais em relação à educação. Se os conflitos eram gerados a partir das diferentes formas de relacionamento entre professoras e alunos e, mantidos os padrões tradicionais da escola, os alunos continuaram a não serem ouvidos, a não serem reconhecidos nas suas manifestações o seu entendimento do mundo, mantendo-se assim, a obediência a um determinado padrão tradicional sobre a escola. As discordâncias das professoras em relação aos posicionamentos dos pesquisadores nunca foram colocadas de forma clara e aberta. As afirmações dos pesquisadores, quando aceitas, eram tomadas como "verdades científicas", ou, quando negados, respondidos com silêncio.

Por sua vez os pesquisadores aceitaram, em muito, o padrão tradicional de escola resultante da dinâmica do grupo de trabalho. Esse fato decorreu de uma opção da equipe de pesquisadores por uma garantia do funcionamento do projeto mesmo tendo cla

ro que questões importantes não estavam sendo tratadas a contento. A inexperience dos pesquisadores com a dinâmica da sala de aula nas primeiras séries do primeiro grau contribuiu para essa decisão. O contato com as professoras mostrava aos pesquisadores que seus conceitos prévios sobre a educação da saúde não se adaptavam aos padrões tradicionais da escola. No entanto, o conhecimento sobre o modo de pensar a saúde por parte das crianças precisava ser investigado de forma mais profunda visto serem poucas as informações existentes sobre o assunto. Ainda que a aceitação, por parte dos pesquisadores, de um padrão mais tradicional de escola não respondesse a muitas de suas expectativas, o princípio de manter o acordo de trabalho com as professoras orientava a conduta da equipe.

3. Escola B: aprendendo a desobediência

O desenvolvimento do EPPES na Escola B ocorreu basicamente através de uma estratégia: partir sempre da discussão com as professoras para esclarecer as preocupações subjacentes à escolha de cada tema que haviam determinado como prioritários. Assim, ao abordar cada nova temática propunha-se que, primeiro, as professoras refletissem e discutissem aquele problema em relação aos seus alunos e, em seguida, como esse aluno se inseria naquela comunidade e na sociedade. Esse processo de "ampliações sucessivas" buscava promover uma reflexão que levasse a relacionar os problemas apresentados em nível individual àqueles mais amplos presentes no sistema social.

Ao tratar do primeiro tema - "desnutrição" - as professoras argumentaram que sua preocupação advinha dos elevados índices de reprovação na escola; esse fato estaria associado a um baixo desempenho cognitivo dos alunos oriundo de problemas nutricionais. Nota-se que as professoras utilizavam como problema uma explicação, isto é, a desnutrição não estava sendo tomada como o problema em si, enquanto questão importante, mas sim como a explicação de um outro problema, a reprovação.

Os pesquisadores apresentaram, então, um resumo crítico sobre os estudos realizados nessa área com o fim de esclarecer o que se conhecia até então a respeito das associações entre desnutrição, desenvolvimento cognitivo e fracasso escolar. O da-

do mais evidente é que o padrão nutricional tem determinações econômicas; não há, contudo, uma resposta conclusiva para a relação desnutrição-desenvolvimento cognitivo. A associação entre fracasso escolar e desnutrição é mediada por um grande número de outras variáveis dependentes da inserção social dos alunos. O debate entre professoras e pesquisadores direcionou-se mais para a visão do problema e de como havia a desnutrição sido delimitada como prioridade quando o problema era evasão e repetência.

De maneira articulada mas sem ter sido concluída totalmente a discussão anterior, foi realizado o processo de questionamento em relação à escolha do tema "disciplina", já que esse relacionava-se diretamente com o desempenho dos alunos.

As professoras entendiam que o problema da disciplina, por elas caracterizado como "falta de", originava-se de problemas psicológicos ou neurológicos dos alunos, e que esta falta de disciplina estaria impedindo os alunos de obterem um rendimento melhor na escola. Novamente aparecia como "pano de fundo" a preocupação com o fracasso escolar.

A argumentação dos pesquisadores sobre a disciplina orientava-se pela tendência a considerar a medicalização como processo pelo qual se transformam fenômenos sociais em doenças, passíveis, então, de tratamento ao nível da medicina.

A preocupação das professoras em trazer o problema da disciplina ao nível dos problemas de saúde para que os "médicos" apresentassem alguma solução inscreve-se no que CONRAD (1982) considera como condição necessária à medicalização. Tal como já foi tratado no capítulo I deste trabalho, o processo de medicalização pode se desenvolver na medida em que as formas de controle tradicionais tornam-se ineficazes ou inaceitáveis. Ou seja, quando as formas de coerção tradicionalmente utilizadas pelas professoras, como gritos, provas, suspensão dos recreios ou de atividades sabidamente agradáveis às crianças, não mais se mostram eficientes, e, quando os castigos físicos severos não são mais aceitáveis, as professoras recorrem ao médico que, como autoridade maior, pode apresentar uma solução. O que de fato ocorreu, neste estudo, foi que os médicos, ao contrário das condições citadas por CONRAD (1982), não aceitaram o problema da disciplina dentro de sua jurisdição, isto é, não o consideraram como passível de ser tratado como um problema de saúde.

A classificação dos alunos como disciplinados e indisciplinados, bons e maus, permitiu que fosse trazido a discussão o tema "hábitos de higiene". Os pesquisadores argumentaram que a difusão dos hábitos de higiene na escola poderia representar mais uma expressão normativa e discriminatória do que uma tentativa de melhoria das condições de saúde dos alunos. Como um exemplo disso poder-se-ia considerar a frequência com que as professoras estabeleciam certas relações, como, por exemplo, a associação entre bons e maus alunos e alunos "limpinhos e sujinhos"; essa associação foi clarificando um pouco mais a idéia de que a distinção feita entre esses alunos refletia a imagem de um aluno ideal³ e criava expectativas quanto ao seu sucesso ou fracasso na escola⁴.

As discussões realizadas pelas professoras foram, no decorrer do período do projeto, englobando os elementos sociais de forma cada vez mais ampla, tanto pelas posições individuais dos pesquisadores quanto pelo crescente envolvimento das professoras. Avançando em uma discussão de cunho sociológico e de padrão acadêmico, senão academicista, o grupo começou a perder a ótica em relação aos problemas concretos mais imediatos. A preocupação em reaproximar-se da realidade e do projeto revelou-se na medida em que todos passaram a sentir necessidade de desenvolver um trabalho mais concreto que superasse a tendência acadêmica das discussões. Os pesquisadores propuseram investigar o "que é necessário para se ter saúde" junto aos alunos utilizando-se a técnica do desenho livre. A princípio as professoras manifestaram um certo "descrédito frente a possibilidades"... de com desenhos se conseguir alguma coisa". Assim, os pesquisadores lançaram como um desafio às professoras contrapondo-lhes que "...vocês verão que os alunos são capazes de expressar as questões de saúde de uma forma muito mais ampla do que vocês imaginam". Discutindo a aplicação da técnica, foi ressaltada a importância das professoras não fazerem qualquer prévia apresentação sobre o tema. Apenas uma das professoras manifestou pouca segurança em desenvolver a atividade sem preleção; combinou-se, então, que caso algum aluno apresentasse dificuldade, ela poderia apresentar exemplos, fato que posteriormente não ocorreu. A análise dos resultados ficou a cargo dos pesquisadores que classificando cada uma das representações dos alunos obtiveram resultados dos diferentes por série de escolaridade. Nessa

³ Sobre esta questão veja-se BARRETO, E.S.S. Bons e Maus alunos e sua família, visto pelo professor de 1º grau. Cad. Pesq. São Paulo, (37):84-89, Mai, 1981.

⁴ O tema das "profecias que se auto-realizam" foi tratado por vários autores e uma revisão da literatura pode ser encontrada em BRANDÃO, BAETA e ROCHA (1983).

análise foram considerados todos os elementos presentes nos desenhos desde aqueles entendidos como diretamente ligados a saúde até os componentes da paisagem. Observou-se que os desenhos dos alunos da 1.^a série havia uma grande quantidade de representações chegando no total das turmas de primeira série a 117. Os alunos representaram hospitais, medicamentos, médicos, ambulâncias, etc, caracterizados como "elementos médico-assistenciais"; alimentos, em grande variedade; apareciam também - o que foi classificado como "elementos sociais e culturais" - ônibus, torneira, escola, família, árvores, etc. Da segunda série em diante o número de elementos representados foi diminuindo chegando na quarta série a apenas 13 representações, todas se referindo a "elementos médico-assistenciais".

Ao fazerem tal proposta, os pesquisadores tinham a intenção básica de mostrarem às professoras que tarefas muitas vezes consideradas como brincadeiras, poderiam ser reveladoras da visão de mundo das crianças. Essa possibilidade estaria ligada diretamente ao valor atribuído às expressões das crianças, outras que não a palavra. Os resultados obtidos, por um lado, já eram esperados pelos pesquisadores, ou seja, as crianças representam "o que é necessário para se ter saúde" com uma gama de elementos muito mais ampla do que aquela esperada pelos professores. Por outro lado, a diminuição do número de representações a cada série e a concentração em elementos médico-assistenciais pareceram surpreendentes aos pesquisadores, tal a intensidade com que esse fato se manifestou.

A diminuição da capacidade de expressão dos alunos durante os anos de escolarização foi observada por FRANCHI (1983):

"Entre 9 e 12 anos, a criança que vinha expressando-se e comunicando-se livremente, torna-se mais inibida e fechada a qualquer tipo de manifestação (gráfica, verbal, plástica ou dramática)..." (p.89)

Para a autora essa inibição está ligada fundamentalmente a mecanismos "repressivos e disciplinadores da escola". Em um estudo sobre criatividade OSOWSKI (1976) observou o mesmo fato associando-o a idade dos alunos. Para a autora a diminuição da criatividade com o aumento da idade seria reflexo de mecanismos reguladores estabelecidos a partir de condições, favoráveis ou

não, de interação entre as crianças e as crianças e a professora.

O decréscimo do número de representações dos desenhos dos alunos mais velhos pode ser interpretado, ainda, em função da objetivação das experiências vivenciadas pelos alunos em relação a doença. Porém, como afirma OTT (1975) "... qualquer salto ou pressão em direção a precisão que clareia, circunscreve, delimita, significa desprezar as possibilidades não exploradas..." (p.74).

A redução do número de representações parecia aos pesquisadores importante de ser discutido com as professoras na busca de possíveis explicações.

A apresentação dos resultados às professoras causou grande inquietação e deu origem a uma série de discussões. A primeira referia-se ao próprio exercício das professoras de observarem os desenhos e analisarem as representações neles contidas. Cabe salientar que, em nenhum momento, as professoras questionaram o método de trabalho proposto pelos pesquisadores ou mesmo os resultados seja nos aspectos estatísticos, seja nos aspectos analíticos; não propuseram qualquer inclusão ou exclusão de determinadas representações em uma categoria específica. Esta atitude de tomarem os dados da análise como "verdade científica" foi questionada pelos pesquisadores que procuraram levar às professoras a fazerem a sua própria análise. Tal questionamento pareceu inusitado às professoras já que entendiam "... ser difícil questionar uma análise tão bem feita...". O fato pode ser ilustrativo para se compreender como as professoras se relacionam com a geração de conhecimentos e com as iniciativas sobre a escola na forma de supervisão ou orientação educacional. Cabe também questionar a forma como os pesquisadores conduziram o trabalho assumindo totalmente a análise dos resultados. Ainda que as professoras tivessem conferido essa tarefa aos pesquisadores poder-se-ia ter tentado realizar uma análise conjunta na busca de interpretar o trabalho dos alunos. Esta pode ser uma das lições importantes da pesquisa: a necessidade de aprender a fazer junto por parte dos próprios pesquisadores.

Ao interpretarem o fenômeno da diminuição de representações como ocorrendo paulatinamente por série de escolaridade, as professoras concluíram que deveria haver um mecanismo limi-

tante da expressão dentro da escola que a cada ano ficaria mais acentuado. Em um segundo momento, passaram a considerar, de uma forma a-crítica a escola como sendo resultado da ação dos próprios professores; passaram, então, a serem elas as responsáveis pela limitação da expressão dos alunos. Assim, as professoras entendiam que todos os processos escolares, tais como evasão e repetência, eram fruto da sua ação, e sendo as professoras a própria escola, elas nada mais faziam do que reproduzir as desigualdades sociais. Era notória entre as professoras a sensação de impotência semelhante ao que alguns autores descrevem como resposta passiva às teorias crítico-reprodutivistas e que LIBÂNEO (1985) caracteriza como "... o desalento manifesto na autonegação do seu trabalho...". A saída dessa situação foi dada, principalmente, pelos representantes dos pais que conferiram às professoras e à escola um papel fundamental na transmissão de conhecimentos, na capacidade da escola de fornecer as crianças ensinamentos que os pais não possuíam ou não sabiam como transmitir a seus filhos.

A idéia da importância da escola afirmada pelos pais e incentivada pelos pesquisadores aumentou o desejo das professoras em melhorar as condições de ensino na escola; neste sentido manifestaram interesse em que os projetos de alfabetização e ensino da matemática do Programa Pericampus lá fossem desenvolvidos. Na semana seguinte as professoras iniciaram a realização de reuniões por série para discutirem os conteúdos e suas formas de desenvolvimento. Com esse contato mais intenso apareceram incongruências sobre o que era exigido dos alunos para aprovação, por exemplo, conteúdos ministrados mais de uma vez por professoras diferentes e níveis discrepantes de exigência quanto a correção da expressão escrita dos alunos. Também surgiram questionamentos consistentes quanto a efetividade da supervisão escolar nos processos de melhoria do ensino. Ao mesmo tempo os pesquisadores do EPPE buscavam, junto com as professoras, quais seriam as formas possíveis e mais efetivas de trabalhar as questões da saúde na sala de aula.

Em meio a esse processo a Secretaria Municipal de Educação e Cultura fechou a escola às atividades do EPPE. As possíveis causas dessa proibição, já que não houve apresentação de argumentos por parte da Secretaria que a justificasse, serão analisadas em capítulo dedicado especificamente a esse fato.

A ação do EPPES na Escola B pode ser caracterizada como um ensaio de desobediência tanto por parte dos pesquisadores como pela maioria das professoras. Ainda que a proposta do projeto e as prioridades delimitadas envolvessem as questões da saúde as discussões centraram-se na problemática da escola. Tal fato torna-se importante na medida em que os questionamentos sobre o papel social da escola que atende as crianças pobres passou a ser discutido dentro dessa mesma escola e pelos professoras que nela trabalhavam. Isso é pouco comum pois na maioria das situações essa discussão fica circunscrita as universidades, organismos de pesquisa ou do Estado. Da mesma forma, é infrequente ver-se os profissionais da educação da saúde envolverem-se diretamente nas discussões sobre a escola abrindo mão das questões da saúde em favor de uma visão mais abrangente que envolva a saúde e a educação como fenômenos sociais.

A questão da desobediência entre as professoras pode ser vista por dois ângulos. Primeiro, no que diz respeito a mudança de visão das relações entre a escola e os alunos, entre professoras e a escola e entre as professoras. Descobrir que essas relações não são dadas enquanto tal mas construídas historicamente, e reproduzidas pelas professoras, possibilitou, também, a criação de espaços pelas professoras para pensarem em modificar a escola. Segundo, no que tange aos questionamentos em relação a atividades das supervisoras como forma de melhoria da qualidade do ensino oferecido que soou, para as últimas, como um desafio a sua autoridade. A não aceitação passiva de um padrão tradicional de escola não consumou a desobediência mas ensaiou o seu aprendizado.

4. Enfrentando a burocracia

Antes de prosseguir na descrição e análise do trabalho direto com as escolas e para dar conta da caminhada do projeto, importa discutir um ponto que comumente é colocado ao fim de um relato; o das influências fora de controle. Nesse caso, elas foram elemento determinante das mudanças de estratégia na pesquisa. Por isso seu lugar no corpo do trabalho,

A dinâmica de desenvolvimento do EPPES e do Programa Pericampus esteve continuamente, desde a implantação do Programa

em 1981, mediada, direta ou indiretamente, pela ação da Prefeitura. Sem a intenção de uma análise exaustiva, a caracterização e análise de alguns elementos do processo educativo promovido no município podem auxiliar na compreensão dos valores estabelecidos entre a Prefeitura e o Programa Pericampus, já que a prefeitura nunca discutiu claramente as razões que a levaram às seguidas proibições e permissões ao funcionamento do Programa; o que se fará aqui é uma primeira tentativa de elucidar esse processo⁵.

O município de Viamão é um dos que compõem a região denominada Grande Porto Alegre, ou seja, aquela que engloba municípios próximos diretamente relacionados com a capital do Estado. A maior parte da área do município é caracterizada como zona rural ocupada por pequenas propriedades que se dedicam a agricultura e pecuária; ao mesmo tempo, é grande o número de propriedades identificadas como "sítios de lazer" pertencentes a cidadãos de Porto Alegre. A presença de indústrias é pequena e o comércio se compõe de empresas de pequeno porte. A receita do município é muito baixa, sendo que o valor do ICM arrecadado é um dos menores do Estado (ALENCAR, POZATTI e CECCIM, 1983).

Por ocasião da implantação do EPPEs a rede municipal de educação compunha-se de 60 escolas, 37 delas localizadas em zona rural. Aos gastos com a educação eram dedicados 34% do orçamento do município e os professores constituíam 51% do quadro do funcionalismo municipal (ALENCAR, POZATTI e CECCIM, 1983).

Em 1984, a Prefeitura era administrada por prefeito eleito, representante do Partido Democrático Trabalhista (PDT). Este administrava auxiliado por um "coletivo" de 16 membros composto pelo prefeito, vice-prefeito, alguns vereadores e membros do partido. O programa da Prefeitura apresentado propunha o desenvolvimento de um "socialismo-democrático" com projeto definido para a educação. Tal projeto, mediado pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SMEC), propunha o desenvolvimento de uma escola democrática, dirigida por um colegiado formado por professores, representantes de alunos, indicados através da formação de "gremios livres", e pais, indicados pela comunidade de pais de cada escola.

⁵ A pesquisa de BORDAS et alii, que deverá ser publicada em 1989 sob o título "Avaliação de uma experiência-tentativa de integração Universidade-comunidade de periferia urbana: o Programa Pericampus", trará mais elementos para compreensão da questão.

Os conhecimentos difundidos pela escola deveriam advir do saber popular através da participação dos pais-trabalhadores. Os objetivos definidos pela proposta eram: 1º) Priorização dos conteúdos e estabelecimento de conteúdos mínimos que realmente sirvam aos interesses da maioria, partindo do mínimo exigido pela Lei; 2º) Criação ou ampliação das bibliotecas das escolas; 3º) Cursos para professores; 4º) Elaboração, pelo município, de material didático (polígrafos, etc); 5º) Criação de um Centro Municipal de Estudos e Pesquisas em Educação.

O programa municipal propunha, também, uma "...integração das escolas nas lutas das comunidades e a utilização da escola para a cultura e o lazer das comunidades".

A participação do Programa Pericampus nas escolas do município se iniciara na administração anterior (do PMDB) quando as comunidades e a SMEC foram ao encontro da Universidade na busca de auxílio pedagógico.

Guardando sua independência teórica e respeitando os posicionamentos políticos do Programa e da Prefeitura, o Pericampus procurou - e conseguiu - estabelecer-se, sem maiores percalços burocráticos, até fins de 1983. Com a nova administração eleita, os coordenadores do Programa buscaram desde o início, manter o clima de entendimento anterior. Afinal, como ação de um grupo da Universidade, buscava-se realizar um trabalho científico, e, portanto, engajado com a melhoria do sistema educacional e das condições de vida das comunidades.

Com o advento da nova administração, que estabeleceu um programa com metas definidas - as quais não diferiam substancialmente daquelas do Programa - a situação começou a mudar.

O que se pôde inferir foi a existência de, pelo menos, dois projetos educativos no município; como a Prefeitura tinha forte interesse em desenvolver seu programa educacional, surgiu o temor de que a duplicidade de ações gerasse duplo direcionamento.

Cabe aqui lembrar um aspecto importante para a análise: a ocorrência de outras experiências educacionais ocorridas em municípios do Estado, nos quais os partidos de oposição, com um "discurso progressista", haviam vencido as eleições. Os casos de

Pelotas e Cachoeirinha/RS, indicavam que, após um início promissor, as iniciativas de mudanças no sistema educacional foram praticamente eliminadas pelas prefeituras. Observe-se, ainda, que nos dois casos citados as iniciativas partiram das próprias Secretarias Municipais de Educação, as quais, inicialmente, faziam parte das administrações municipais. Sobre essas experiências comenta CUNHA (1988) em seu depoimento⁶.

"...os poderes constituídos não têm condições de origem, de vinculação, de prática e de base para conseguirem sustentar a democracia política ou social que anunciam..." (p.55).

Referindo-se aos interesses divergentes que estavam envolvidos nessas experiências, acrescenta

"Se enquanto fazemos educação popular, nós estamos buscando efetivamente a hegemonia da classe popular, e se os partidos e o poder constituído buscam autolegitimação do seu próprio poder, nós estamos diante de um abismo, um abismo de interesses".(p.55).

O paralelo que pode ser traçado entre o Programa Pericampus e essas experiências de educação popular aproxima-se mais no que se refere às ações das prefeituras do que propriamente da natureza das iniciativas educacionais em cada uma dessas situações. As incipientes iniciativas de organização popular decorridas das ações do Programa Pericampus não se consolidaram e estiveram longe de representar alguma ameaça ao poder constituído. Parece, porém, que a fragilidade das estruturas sobre as quais esse poder se apoia levou a encarar como ameaça as mais tênues tentativas de organização popular que não estivessem sob o seu controle.

Na tentativa de elucidação das possíveis causas que levaram a prefeitura a interditar parcial e, por vezes, subrepticamente, as atividades do Programa Pericampus, pode-se questionar o papel da burocracia escolar. As escolas do município eram pe-

6

A análise das experiências ocorridas nesses municípios está na Revista Educação e Realidade, V.12, nº 2, julho-dezembro de 1988.

riodicamente visitadas por supervisores que controlavam o desenvolvimento dos programas estabelecidos, bem como o correto preenchimento dos diários de classe e outros documentos. As propostas do Programa Pericampus, que tinham como foco a melhoria do ensino, e efetivamente o conseguiram, alteravam profundamente esses programas pré-estabelecidos representando uma desobediência à ordem instituída. Nesse sentido, cabe perguntar qual o papel real dos supervisores. Qual sua preocupação? A educação ou o que?...

Concretamente, a prefeitura, através da SMEC, nunca explicitou as razões que a levaram a tomar atitudes de rejeição. Assim, na ausência de argumentos, a SMEC, porta-voz que dialogava com o Programa nesses momentos, apenas se limitava a apresentar uma sequência de proibições e permissões em relação ao andamento de cada projeto. Essa forma de agir acabou de desestabilizar os projetos do Pericampus e levou à retirada das escolas do município; isto não ocorreu por uma proibição definitiva mas pela inviabilização prática do desenvolvimento dos mesmos. Na verdade, não havia como desenvolver uma proposta efetiva de educação sob o risco de, a qualquer momento, sem motivos explícitos, ter-se o trabalho literalmente interrompido. Tal política de ação, se, por um lado, inviabilizou o desenvolvimento do EPPES no estágio em que se encontrava, ao final de 1985, forçou a equipe de pesquisadoras a buscar outros caminhos; esta busca apoiou-se, principalmente, nas evidências de que a proposta, além de viável, era bem aceita pelos alunos e pais e também, ainda que temerosamente, por muitas das professoras.

5. Escola B: a) Uma aventura na sala de aula: a criação coletiva de uma peça de teatro

Diante da restrição imposta pela SMEC ao EPPES, através da própria escola os coordenadores do projeto e do Programa Pericampus decidiram consultar aquela Secretaria Municipal de Educação a fim de conhecer os motivos da atitude proibitiva estabelecida e tentaram obter a autorização necessária para a continuidade do Programa. Feitas algumas tentativas, foi possível um encontro com a Secretaria; após discussão que demonstrou a ausência de uma argumentação consistente contra as ações do Programa, foi obtida a permissão para que o Programa Pericampus continuasse até o final do ano nas escolas onde estavam sendo desenvolvi

dos os projetos.

A retomada do projeto na Escola B não foi viável nos mesmos moldes. Entre as professoras havia o receio de serem demitidas ou transferidas para escolas distantes caso se envolvessem novamente nas atividades do EPPEs. As três semanas decorridas entre a proibição e a retomada e o receio de sofrerem punições desestimularam as professoras que, além disso, teriam aumentadas suas tarefas burocráticas com a aproximação do final do ano letivo.

As professoras que se dispuseram a dar continuidade ao trabalho sugeriram que fossem desenvolvidas atividades diretamente com os alunos em sala de aula. Os pesquisadores, apesar de não terem nenhuma experiência no trabalho com crianças, aceitaram a proposta pois esta, ao mesmo tempo em que permitia um aprofundamento sobre o ensino da saúde, soava como um desafio.

A turma escolhida para o trabalho pela direção e professoras foi uma 4.^a série, composta de alunos situados em sua maioria na faixa etária de 10-12 anos; havia dois alunos com 14 e um aluno com 15 anos. Estavam regularmente matriculados na turma 25 alunos dos quais cerca de 20 participavam efetivamente do trabalho.

Inicialmente foi apresentada aos alunos a idéia de se realizar um trabalho sobre saúde. A participação e interesse das crianças aumentou bastante quando se levantou a possibilidade do assunto ser desenvolvido através de uma história ou uma peça. Com muito entusiasmo foi escolhida a peça como forma de trabalho. Nesse primeiro contato foi possível desenvolver a atividade até a escolha do título a partir de sugestões dadas pelas crianças. Entre outros, os títulos sugeridos foram: "O que é importante para ter saúde", "Porque é importante ter saúde", "A criança doente" e "O amor de um médico", sendo o último escolhido por aclamação.

No segundo encontro a continuidade do trabalho foi dada pelas crianças que sugeriam personagens e, às vezes, pequenos trechos que envolviam esses personagens. Enquanto isso, os pesquisadores formulavam problemas a fim de detalhar cada uma das situações de forma a possibilitar o interrelacionamento entre os personagens e a criação de novos trechos. Até este momento haviam sido criados, entre outros, os personagens: "o médico apai-

xonado", "a moça pobre", "o rico" e "o desnutrido". Enquanto algumas crianças decidiam os personagens que gostariam de interpretar, outras eram convidadas a interpretar aqueles que ainda não tinham ator definido. Alguns personagens sugeridos não foram aproveitados na peça como, por exemplo, um "velho"; a sugestão de narrador da história não foi encarada com entusiasmo pelas crianças, também o papel de um "efeminado" foi descartado por sugestão dos pesquisadores que não se consideraram habilitados a manejar a situação com aquela turma de crianças.

Em um determinado ponto do trabalho, no qual era ainda difícil a construção de um argumento ou texto congruente para a peça, um aluno de 14 anos apresentou por escrito o seguinte texto:

"O trabalho do campo.

Vou contar a história: o trabalhador do campo era muito pobre e o sonho dele era ficar muito rico e ficar dono do campo do Mato Grosso. e o sonho dele acaba numa triste história. Seus filhos e sua mulher estavam ficando muito doente".

Para dar unidade à história os pesquisadores sugeriram que "o desnutrido" e "a moça pobre" pudessem ser os filhos do "trabalhador do campo", o que foi aceito pelas crianças. A medida em que se renovavam ou se opunham, por parte das crianças ou dos pesquisadores, os personagens e os trechos, duas alunas apresentaram por escrito um trecho que inseria dois novos personagens, as "merendeiras":

"Todos os dias dona Ângela e dona Daniela iam ao campo colher verduras.

Um certo dia de manhã as duas merendeiras iam indo para o campo e encontraram a filha do trabalhador desmaiada no campo e levaram ela a casa do seu pai.

Aí seu pai levou ela imediatamente para o hospital mas o médico não queria atender porque o pai dela não tinha dinheiro suficiente para pagar o hospital,

E agora o que será dessa pobre moça?"

O hospital foi caracterizado por um aluno como tendo um dono que não era médico e que "atende quem é rico e pode pagar e não atende os pobres".

Buscando responder à interrogação deixada pelo texto das meninas, os alunos fizeram com que a "moça pobre" fosse atendida por um médico que se apaixonara por ela; introduzindo, assim "o médico apaixonado", personagem que figurava como título da peça.

Diante dessa situação, os pesquisadores questionaram as crianças como seria paga a conta do hospital. A solução foi dada pela retomada do personagem "rico" que então pagaria a conta da moça pobre. Para justificar essa atitude prevaleceu a sugestão de que o "rico" seria patrão do trabalhador do campo (pai da moça pobre) e estaria no hospital sendo atendido após um acidente de automóvel.

Periodicamente os pesquisadores solicitavam à turma que reorganizasse a história desde o começo, definindo quais os personagens que dela faziam parte e como se dava o desenrolar da mesma. Assim, foram criadas cenas sucessivas do "desnutrido" que, sendo levado ao hospital não era atendido, a "moça pobre" que era atendida pelo médico apaixonado, o pagamento da conta pelo "rico".

Na continuidade da história surgiu uma nova tentativa de atendimento no hospital que é barrada por um dos médicos (qualificada como "médico ganancioso" pois não atendia os pobres). Com a intervenção do "chefe dos médicos" o paciente é atendido. Posteriormente os médicos fazem uma reunião na qual decidem atender os pobres. Tendo sido derrotado na votação o "médico ganancioso" procura o dono do hospital e juntos decidem contratar "capangas" para "... dar um susto" nos médicos.

A essa altura da história, após um processo de construções sucessivas, terminou o segundo encontro de trabalho em sala de aula.

O terceiro encontro se iniciou com uma retomada da sequência da história e dos personagens que dela faziam parte.

Ainda com o final em aberto foi organizado o primeiro ensaio que obedecia a construção anteriormente realizada. A histó-

ria se desenrolou até a chegada dos "capangas". A partir daí era necessário que se criasse um fim para a peça, ou seja, o que iria acontecer após a chegada dos capangas contratados pelo "dono do hospital". Nesse ponto uma das crianças sugeriu que o "povo" invadisse o hospital que passaria, então, a atender os pobres. A sugestão foi amplamente aceita pela turma sendo criada, a partir daí, a figura do "povo" que, munido de cartazes, invadiria o hospital.

Foram realizados mais dois ensaios⁷, sendo um deles após o final das atividades letivas. A gravação em VT desses ensaios permitiu a documentação desse trabalho e discussões posteriores com alunos e professoras enquanto se apresentava a gravação aos participantes.

A princípio era do interesse dos alunos, pesquisadores e algumas professoras que se levasse a apresentação da peça, depois de melhor ensaiada e elaborada, a outras locais. Porém, com o final do ano letivo e o fechamento da escola não foi possível obter um local para a continuidade do trabalho. Soma-se a isso, o fato de que no ano seguinte os alunos se deslocariam para outras escolas a fim de cursar as séries seguintes que não eram ali oferecidas. Outros motivos que concorreram para a não continuidade do trabalho naquela escola foram o advento de uma nova direção, a qual não manifestou interesse pelo projeto, a transferência de quatro das professoras que participavam do grupo e a demissão voluntária de outras três professoras.

Ainda que não se pretenda realizar uma análise exaustiva dos resultados desse trabalho com os alunos, algumas considerações preliminares podem ser apresentadas.

Em primeiro lugar, destaque-se que, apesar da proposta do EPPES buscar envolver de forma participativa tanto alunos como professores, esses últimos não se fizeram presentes direta ou indiretamente nesta etapa do trabalho. Esse fato, que a princípio não correspondia ao interesse dos pesquisadores, finalmente pareceu ter contribuído para a expressão mais livre dos alunos na medida em que estava ausente a autoridade instituída. Por ou-

⁷

O roteiro final utilizado nos ensaios é encontrado no Anexo 2.

tro lado a inexperiência dos pesquisadores nesse tipo de trabalho e, para alguns deles, no próprio contado com as crianças, tornou-o uma verdadeira "aventura" na sala de aula. Tratava-se de uma descoberta conjunta para a qual inexistia uma proposta pré-via. Pesquisadores e alunos iniciavam-se no "fazer teatro" explorando um tema conhecido formalmente apenas pelos primeiros.

O terceiro aspecto a considerar é o sucesso da estratêgia participativa. A construção coletiva da história deu-se passo a passo, através da discussão entre os alunos e os questionamentos dos pesquisadores. A cada etapa as sugestões e respostas eram colocadas para o grupo a fim de que esse tomasse a decisão final. E, na quase totalidade, essas decisões respondiam ao desejo das crianças. O papel dos pesquisadores foi basicamente de questionar as proposições das crianças para resguardar a coerência interna da história. É interessante ressaltar, ainda, que as respostas aos questionamentos eram avaliadas pelo próprio grupo que, pouco a pouco, elaborava uma solução aceita por todos. É muito provável que esse processo coletivo tenha sido o impulso que levou as crianças a criarem uma história que se aproximava, em muito, a sua vida cotidiana; na medida em que os problemas e soluções apresentados necessitavam de ser reconhecidos pelo grupo a história mais e mais se aproximava da realidade cotidiana.

O final da peça, com uma seqüência de soluções para a trama que envolvia a organização de grupos (os médicos que se reúnem para decidir sobre o atendimento dos pobres e o povo que invade o hospital) foi única na experiência do EPPEs. Em outras escolas nas quais posteriormente se desenvolveu semelhante proposta as formulações das crianças foram semelhantes no que tange ao trabalho, os baixos salários e as más condições de vida associadas à doença. Porém, os finais das histórias apresentaram soluções individuais do tipo "tomar mais cuidado para não ficar doente" e "fazer uma economia para quando precisar de dinheiro".

Um último ponto a destacar: o trabalho desenvolvido diretamente com as crianças mostrou que as instruções higiênicas difundidas pelas professoras parecem não ter eco quando as crianças falam da saúde. Suas vivências são bem outras ou, pelo menos, suas preocupações têm outras dimensões do que os cuidados corpo-rais de higiene ou a alimentação balanceada... Este conhecimento de vida demonstrado pelas crianças está a indicar que a elabora-ção de um programa participativo de educação e saúde para esco-

las de primeiro grau de periferia urbana ainda está por ser feita, de modo a levar em conta o "sabido" e o "vivido", contribuindo para o desenvolvimento de um posicionamento crítico já embrião nas crianças. Para tanto, é fundamental aprender a ouvir as crianças, seus argumentos, suas razões. Isso implica aquele fazer que KAMII (1988) chama de uma revolução copernicana na educação mudando "...o foco de nosso pensamento daquilo que 'nós fazemos' para 'como as crianças se desenvolvem!...' (KAMII,1988:124).

b) Conversando com as crianças - como as crianças percebem a realidade

Durante as apresentações da gravação dos ensaios da peça e nos intervalos de alguns ensaios, realizou-se uma série de entrevistas, em grupo, com os alunos a fim de se discutir o conteúdo da peça e os elementos ligados à composição da trama.

As entrevistas, não estruturadas, foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Os resultados do conjunto das entrevistas foram organizados de forma a manter uma aproximação com a sequência de construção e apresentação da história.

- Falando sobre a peça

Para iniciar as entrevistas solicitava-se às crianças que contassem novamente a história. A ênfase dos relatos das crianças recaiu nas cenas relativas ao "...hospital que não atendia pobres mas atendia ricos" e que após "a invasão do povo atendia a todos sem diferença". Posteriormente a essa reconstrução básica, os grupos de crianças pouco a pouco completavam a história com as demais cenas e personagens. Tal fato vem a demonstrar que, para as crianças, o que marcou mais significativamente foi o problema da discriminação, no atendimento e a solução encontrada para o problema.

As respostas dadas quando perguntados sobre a necessidade de ser feita alguma mudança na peça envolviam dois aspectos. O primeiro referia-se a conduta da turma durante os ensaios

"...acho que tinha que mudar a bagunça, digo

nê, fazer menos bagunça..."

"...mudar assim oh, as vezes a gente tã fazendo uma cena e um passa na frente, aí atrapa-lha..."

O segundo aspecto a ser modificado era o próprio título:

"...acho que o amor de um médico não tem nada a ver..."

"...o amor do médico na peça sô ficou porque tava no título... mas eu não sei que nome dar prã peça..."

"...tinha que mudar o título... não ficou bem contado... acho que tinha que falar de ricos e pobres..."

A disciplina requerida pelas crianças referia-se basicamente aos aspectos organizativos durante a gravação do VT quando algumas crianças ficaram mais agitadas pela própria novidade técnica. No entanto, o interesse, que se traduzia em movimentação e as vezes agitação durante os primeiros encontros, não impossibilitou a construção da história. Ressalte-se que a ausência dos professores em sala de aula e nos ensaios pode ter contribuído para tanto como já aventamos.

Outro dado importante das discussões foi que, praticamente todas as crianças acharam que o título inicial não mais servia para identificar a história; não ocorreu, porém, a formulação de um novo título. Na realidade o título apenas sustentou a cena de amor entre o médico e a paciente. Apesar da incongruência entre o título e a história não pareceu ser este um aspecto fundamental para as crianças.

"...fica assim mesmo. Foi nós mesmo que escolhemos..."

- Os personagens e a história

Em vários momentos foi perguntado às crianças se aque-

les personagens representados existiam na realidade com o mesmo tipo de comportamento representado na peça. A maioria das crianças expressou que de fato aqueles personagens poderiam ter aquele comportamento mas não como regra.

"...se tem capanga por aqui?... Sim, mais lã prã baixo... O cara vai lã e dã uma grana prã eles prã eles baterem em alguém... e aĩ não tem conversa, eles saem batendo..."

"...tem o patrão do meu avô; às vezes os empregados ficam doente e vai no médico, aĩ, se não tem dinheiro, ele mesmo paga... mas tem ca ra aĩ que tem terra e não faz isso..."

Entretanto, o comportamento dos personagens, algumas vezes, foi orientado pelo próprio sentimento da criança que representava aquele papel.

"...eu acho que tem muito rico egoísta, mas eu não queria fazer um papel egoísta na peça; por isso eu paguei a conta..."

Por outro lado houve aqueles que tomaram o seu personagem enquanto uma representação de teatro.

"...nós temos que representar, pode ser qualquer coisa, um gato, uma galinha... nós estamos numa peça de teatro que nós temos que apresentar..."

Da mesma forma como os personagens mostravam-se relacionados as situações identificadas como reais para as crianças, o roteiro da peça também o expressou.

"...o meu pai, um dia ele fincou um arame no olho e foi no hospital mas ele não foi atendido porque não tinha dinheiro prã pagar..."

"...tem o X, ele e o pai dele trabalham na roça; eles não são dono, são, como se chama, eles fazem metade para cada um, assim oh, eu planto na terra dele e depois eu divido a me-

tade com ele e cada um faz o que quer com a sua parte, vende, come em casa..."

"...quem trabalha na roça é eu, meu pai, minha mãe e meus irmãos... se fica trabalhando muito tempo no sol pega insolação, fica com dor-de-cabeça, desmaia..."

A necessidade da história retratar a realidade não foi uma exigência colocada pelos pesquisadores ao proporem o trabalho; contudo, durante as entrevistas essa associação foi sendo clarificada para as próprias crianças. É ilustrativo lembrar que nos meses anteriores ao trabalho registrou-se uma crise entre a Previdência Social e os hospitais conveniados que cobravam uma taxa dos segurados a título de complementação do valor referente ao serviço prestado. Essa crise foi largamente comentada nos jornais e TVs; embora não tenha havido referência direta à mesma, no trabalho na escola, é possível que as informações tenham chegado ao conhecimento das crianças, influenciando-as na sua criação da história. Um fato que pode ilustrar tal problema foi a referência feita pelo diretor da escola quanto a experiência do pai de um dos alunos que, após um acidente doméstico, não foi atendido no hospital local por não ter recursos para pagar o anestesista.

- A doença

A descrição das doenças dos trabalhadores do campo feita pelas crianças foi relativamente pobre envolvendo apenas doenças de pele e acidentes. Não parece claro para as crianças o conhecimento de "quando se está doente"; um dado importante, porém, é que para elas, a origem da doença está associada ao trabalho.

"...as pessoas ficam doentes quando trabalham muito..."

"...as vezes os trabalhadores trabalham doentes porque não podem ficar sem dinheiro; aí eles vão ficando fracos, com tonturas, dor-de-cabeça, ânsia de vômito, vão ficando cada vez mais doentes..."

Das intervenções e informações apresentadas ficou patente que o trabalho como gerador de doença é explicado não pelo trabalho em si mas pelas condições nas quais é executado; pela surpreendente acuidade demonstrada pelas crianças, a análise desse aspecto merece ser estendida,

- O trabalho

As questões ligadas ao trabalho foram analisadas em dois momentos principais. Um, quando se discutiu as relações entre os personagens subjacentes à história contada na peça; e, segundo, quando se trabalhou diretamente aspectos das relações de trabalho tal como percebidos pelas crianças.

Em relação aos aspectos internos da história, as manifestações das crianças se dirigiram no sentido de explicar a falta de dinheiro dos trabalhadores do campo para pagamento do hospital como sendo resultado de seus baixos salários. O pagamento das despesas hospitalares pelo rico, patrão do pai da moça, foi explicado como sendo

"... uma chance que o patrão deu pro empregado".

Quando perguntados se essa "chance" poderia se repetir, a maioria das crianças manifestou dúvida frente a essa possibilidade.

O pagamento de baixo salário pelo patrão foi explicado pela criança que fazia esse personagem, como sendo um desconhecimento das necessidades da família do empregado; enquanto isso as demais afirmaram que o baixo salário era originado do interesse do patrão.

"... ele paga pouco prá ganhar mais em cima do outro...".

A maioria das crianças manifestou dúvida quanto a possibilidade do patrão vir a aumentar o salário após os episódios de doença na família do trabalhador. Para as crianças era certo que um aumento de salário resultaria na melhora das condições de saúde pois com isso,

"... pode se comprar mais alimentos, casa prá morar, pagar o médico quando precisa..."

"... ganhando mais dinheiro ele vive melhor e pode ficar menos doente..."

Mas para o patrão a saúde não é uma condição necessária para o trabalho

"... ele pode deixar o trabalhador lá se ra-lando e ele fica na moleza sô comendo e bebendo, aí quando o trabalhador fica doente ele vai lá e dá um dinheiro prá ele ir no hospi-tal..."

Quanto às relações de trabalho externo, as crianças demonstraram conhecer a profissão dos pais e as relações envolvidas no trabalho dos mesmos

"... o meu pai é carpinteiro, agora eu não sei onde ele está trabalhando, ele troca muito de lugar, às vezes pagam mais, às vezes pagam menos... quando ele pega um serviço que é sô dele, assim oh, a reforma de uma casa, ele ganha mais, mas quando ele trabalha pros outros ele ganha menos..."

"... nós trabalhamos na roça, eu, meu pai, minha mãe e meus irmãos... o pai também é pin-tor..."

"... a roça é grande, maior que o pátio do colégio... é diferente da do fulano, a roça deles é maior mas eles não são donos da terra..."

As crianças também demonstraram ter algum conhecimento de como funciona o mercado no que se refere a oferta e a procura

"... esses tempos eles ganharam uns seiscentos mil vendendo alface e radice... eu não sei mas acho que sô eles que tinham..."

"... quando o pobre trabalha na horta quase

sempre trabalha pro dono da horta... quando trabalha prã ele, ele quer o preço das verduras, e ninguém quer dar o preço que ele quer, querem dar pouco; daí ele não vende as verduras, daí ele se rala... quando é o dono da horta que não vende aí ele é que se rala ... mas quando ele vende aí ele fica com dinheiro e fica mais rico do que era".

Outro fato que chama a atenção refere-se ao domínio demonstrado pelas crianças sobre os valores do salário no mercado de trabalho. Interrogadas sobre o salário que pediriam se fossem trabalhar de carpinteiros, as crianças assim se expressaram:

1.^a criança: "Por mês ou por semana?"

Entrevist.: "Por mês".

1.^a criança: "Uns trezentos e cinquenta mil".

2.^a criança: "Trezentos e cinquenta mil é pouco! É metade de um salário mínimo não é nada.

3.^a criança: "O salário mínimo agora tá seiscentos mil, né?"⁸

4.^a criança: "Seiscentos, é".

2.^a criança: "Eu pediria pelo menos o dobro, um milhão e duzentos".

Entrevist.: "E se o patrão disser que só paga quinhentos e se tu não quiseses, tem outro que quer".

5.^a criança: "É, sempre tem um a mais".

2.^a criança: "Se eu estivesse desempregado eu pegava, qualquer coisa que entrasse ia..."

Fica evidente que para as crianças, a pobreza tal como descrita na peça, é originada dos baixos salários e da não-posse

⁸ Em 1º de novembro de 1985 o salário mínimo passou de Cr\$ 333.120,00 para Cr\$ 600.000,00.

da terra pelo trabalhador; elas, de uma forma espontânea, expressam que as condições de vida são consequência de "leis do mercado" que regulam o valor dos salários e o preço dos produtos. Essa percepção é originada, fundamentalmente, pela participação das crianças no trabalho de suas famílias. É a sua inserção no processo produtivo que lhes permite compreender as formas de exploração as quais estão submetidos os trabalhadores. Isto torna o fato da escola ignorar o conhecimento das crianças ainda mais preocupante na medida em que os conhecimentos por ela trabalhados não encontram razão de ser na realidade dos alunos. Essa situação não é sentida apenas em relação a saúde mas se reflete, também, nas demais áreas do conhecimento.

- A assistência médico-hospitalar

Em função da proposição de atendimento universal apresentada pelas crianças na peça, as mesmas foram questionadas sobre a origem dos recursos que sustentariam o hospital já que não haveria pagamento por parte daqueles que não tivessem recursos para fazê-lo.

Respondendo a questão: "Com que dinheiro o hospital iria funcionar?" foram feitas duas proposições. Na primeira o hospital funcionaria através de contribuições de grupos de famílias que contribuiriam cada uma com determinada quantia proporcional a suas possibilidades econômicas; isso lhes daria direito a atendimento gratuito quando necessitassem; aqueles que não quisessem contribuir fariam o pagamento do serviço quando necessário. Essa forma de assistência, que se poderia chamar de um "sistema previdenciário primitivo e cooperativo" mostrou-se viável para as crianças até o ponto em que foi levantada a possibilidade de haver pessoas que, não tendo recursos para contribuírem necessitariam dos serviços hospitalares. Antes que se estabelecesse a polêmica, outro grupo de crianças fez a segunda proposição: o hospital deveria ser do Estado ",,,assim como "o posto" (de saúde), e seus recursos advindos dos impostos e da contribuição proporcional dos salários dos trabalhadores.

O fato significativo dessa discussão é que as propostas de atendimento universal não tinham dimensões "mágicas" ou filantrópicas. Dentro dos limites de seu conhecimento aquelas crianças propuseram a instituição de um serviço hospitalar sustentado pela coletividade e utilizado por aqueles que necessitavam.

- A organização popular

A idéia de organização popular como forma de superação das dificuldades de atendimento hospitalar proposta na história, através da "invasão do povo", e nas discussões sobre como sustentado o hospital após a invasão, foi o elemento mais surpreendente para os pesquisadores já que envolveria elevados níveis de organização da população.

Nas conversas com as crianças, após os ensaios, foi questionado como havia ocorrido tal organização. As crianças alegaram que

"...o povo já vinha se organizando a algum tempo e aí no dia foi só juntar todo mundo..."

A pergunta "Onde se organizava o povo?" foi respondida com menções a organização na hora do movimento

"...o povo se organizou na frente do hospital..."

Uma criança fez comparação com movimentos grevistas

"...que nem na greve dos bancários. Eles vão pra frente do banco e ficam lá com os cartazes..."

Entretanto, as formas de organização anteriores ao movimento pareceram obscuras e não foram respondidos pelas crianças.

A única forma de organização daquela comunidade dada ao conhecimento dos pesquisadores foi de um Clube de Mães situado próximo a escola e que não foi referenciado pelas crianças. Houve apenas menção a uma igreja, relativamente distante na qual

"...se conversa sobre os problemas do povo... nas reuniões de comunidade..."

"...lá o padre fala dos problemas do povo, da fome, dos boia-fria..."

Ao mesmo tempo, as crianças foram unânimes em citar

dois professores da escola

"...que falam dos problemas do povo, falam com os pais e com os alunos assim sobre os problemas do povo..."

A gênese da idéia de organização popular como solução para os problemas enfrentados permanece, ainda agora, quando se relata a experiência, como uma interrogação para os pesquisadores. Tratou-se de uma experiência inédita durante o desenvolvimento do EPPES. Uma possibilidade de explicação talvez esteja no fato de ter sido tal idéia elaborada pelas crianças para solucionar uma trama que elas mesmas haviam criado. Tratar-se-ia, então, de um exercício altamente criativo do uso de possibilidades novas diante de um problema. Outras hipóteses podem ser levantadas: a primeira relaciona-se ao intenso processo político de mobilização a que esteve sujeito o país no período anterior ao do trabalho com o movimento das "diretas já" que teve ampla cobertura da televisão; segundo, a ocorrência de grande número de greves no período às quais também foi dada ampla cobertura pela imprensa; a terceira hipótese associa-se a intensa campanha desenvolvida na própria escola para eleger os representantes de turma. Para essa eleição foram formadas chapas por turma; houve divulgação através de cartazes e a organização de comitês eleitorais. A eleição foi realizada, por turma, através do voto secreto depositado em urna. Cabe salientar que tal eleição foi proposta e estimulada pela direção da escola e algumas professoras.

Acredita-se que esse conjunto de fatos possa ter estimulado as crianças a desenvolverem as cenas que deram final à história contada na peça.

A GUISA DE CONCLUSÃO FINAL

Este estudo pretendeu discutir a problemática da educação da saúde na escola de primeiro grau através, basicamente, da descrição e análise das atividades desenvolvidas por um projeto específico, o EPPES.

A análise das manifestações dos professores sobre as questões da saúde demonstrou o que KEDDIE (apud SARUP, 1978, p.78) chama de "contexto do educador". Assim, na dimensão do discurso, revelou-se uma gama de concepções desde as mais tradicionais e conservadoras até as mais críticas que veiculavam uma visão social do problema; entretanto, na dimensão da prática cotidiana, o "contexto do professor" de KEDDIE, as ações descritas se reduzem à transmissão de noções de higiene corporal que mais atendem à norma e à disciplina escolar do que propriamente a melhoria das condições de saúde dos alunos. Uma vez que muitas professoras reconheciam a impossibilidade de grande parte de seus alunos colocarem em prática as instruções higiênicas recebidas, o que pareceu no mínimo contraditório, buscou-se as possíveis explicações na noção de "habitus" trabalhada por Bourdieu, nas influências da puericultura e na associação entre sujeira, desordem e perigo que predomina socialmente.

A análise dos dados levou, ainda, ao entendimento de que, tal como a escola abandonou o castigo físico como forma de controle, deveria ela revisar o papel das instruções higiênicas que defende, também como tentativa de controle sobre os alunos. O questionamento que orientaria essa revisão não recairia sobre a norma higiênica em si mas, sim, sobre a dimensão normatizadora e disciplinadora da mesma que está subjacente a uma intenção de melhorar as condições de saúde dos alunos. Rever a higiene na dimensão da norma escolar implica, contudo, rever o conjunto de normas escolares e de seu papel. Isto envolve desde a formação de filas para entrada e saída das salas de aula até os critérios de aprovação e reprovação utilizados pela escola.

Durante o desenvolvimento do EPPES tornou-se claro que o interesse das professoras pela saúde dos alunos era legítimo embora baseado em uma visão biologista e individualista sobre a saúde.

As discussões promovidas no decorrer do projeto geraram conflitos entre aquelas professoras que possuíam uma visão mais crítica dos problemas e da própria escola e aquelas mais tradicionalistas. Tais conflitos envolviam questionamentos relativos, por um lado, a suas crenças em relação a educação da saúde e, por outro, a sua disposição em permitir e valorizar as idéias expressas pelos alunos sobre o assunto. A contestação das crenças pessoais em relação à educação da saúde não representou, a princípio, a maior fonte de conflito; as professoras submeteram-se ao argumento de autoridade (médica), representada pelos pesquisadores, contra o qual não tinham argumentos para contrapor. Assim, o discurso contestatório dos pesquisadores foi aceito bastante passivamente. Entretanto, na medida em que os questionamentos envolviam o trabalho das professoras com os alunos os conflitos se acirraram; isto deveu-se principalmente ao apego à disciplina e a acomodação à rotina daquelas professoras com uma visão tradicional da escola. Parecia que, assim como se submetiam à autoridade médica sem questioná-la, exigiam que os alunos se submetessem a sua autoridade de professora. Uma idéia que não foi absorvida pelo grupo tradicional é a de que ouvir o aluno e dar valor as suas idéias não reflete simplesmente um despojamento do autoritarismo pelo professor mas um redimensionamento de sua autoridade e uma nova visão da relação professor-aluno.

A "solução" dos conflitos de concepção deveu-se a fatores que não diziam respeito as próprias idéias mas fundamentalmente às composições de poder entre professoras, direções e a burocracia representada pelas supervisoras e pela secretaria de educação do município.

As professoras com uma visão mais crítica quanto ao papel da escola experienciaram, ainda que de forma incipiente, alguns avanços indo até ao ponto de enfrentamento com a burocracia. No entanto, esta tem se mostrado até o presente vitoriosa nos casos de confronto de idéias.

Neste sentido, concluimos a experiência sentindo-nos tal como relata LIMA (1985) quando diz:

"Certamente não professávamos a mesma ideologia dos primeiros médicos escolares, mas ao tentar penetrar um organismo social gerido pelo Estado fomos derrotados. Talvez tenha faltado um movimento estrutural novo que visse em novas idéias uma ideologia favorável..." (p.154).

O trabalho direto realizado em sala de aula, em um ambiente de confiança e autonomia permitiu iniciar a investigação das percepções sobre saúde e doença junto às crianças. Os resultados dessa investigação, ainda que preliminares, mostram que, para aquelas crianças, a origem da doença não é mágica, miasmática ou contagiosa; está ligada, fundamentalmente, às más condições de trabalho e à pobreza e essas fruto da exploração dos trabalhadores.

Os resultados relativos as percepções de alunos e professoras e aos efeitos do desenvolvimento do EPPEs são ainda insuficientes para representarem uma proposta concreta de educação da saúde que vá além de um treinamento normativo e disciplinador. Certamente, consideramos que um passo necessário e significativo foi dado, principalmente no que se refere ao conhecimento de como a criança desenvolve a noção de saúde e doença e de como essas noções se relacionam com o meio no qual ela vive. Contudo, novos estudos são requeridos bem como novas tentativas de transformar o cotidiano escolar.

Por outro lado, nossa experiência ao confirmar a tendência autoritária e tradicional que predomina na escola, confirmou a prevalência de seu papel de reprodutora das condições sociais e da ideologia dominante.

No entanto, a dupla dimensão apontada pelo estudo - a possibilidade concreta de explorar o conhecimento das crianças sobre sua própria realidade e a partir dele, construir uma nova proposta de educação e saúde, contrapondo-se ao conservadorismo da escola e a visão acrítica da maioria das professoras, bem como a possibilidade da geração do conflito - mostraram a existência daquele espaço de contradição que pode e deve ser ocupado com vistas a uma educação transformadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, A. et alii. Uma experiência de Análise Transacional em Saúde Comunitária. Arquivos de Medicina Preventiva, Porto Alegre, 1(3):19-25, out./dez.1980.
- ALENCAR, H.H.R.; POZATTI, M.L.; CECCIM, R.B. Análise do processo de planejamento educacional no município de Viamão - RS. Porto Alegre, Curso de Pós-Graduação em Educação, UFRGS, 1983.19p.
- ANDRÉ, N.E.D.A. Estudo de caso: seu potencial em educação. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, (49):51-4, maio 1984.
- BAPTISTA, A.A.O. Elementos de higiene. Porto Alegre, Globo, 1941. 170p.
- BARRETO, E.S.S. Bons e maus alunos e suas famílias, vistos pela professora de 1º grau. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, (37): 84-9, maio 1981.
- BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979 191p.
- BORDAS, M.C. A proposta do Programa Pericampus: Alguns aspectos para sua análise. Porto Alegre, UFRGS, 1983.
- BOTERF, G. La investigación participativa como proceso de educación crítica. Lineamentos metodologicas. In: BORDA, O.F. org. Investigación participativa y praxis rural, nuevos conceptos en educación e desarrollo comunal. Lima, Mosca-Azul, 1981. p. 103-20.
- BOURDIEU, P. & PASSERON, J.C. A reprodução. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975. 238p.
- BOWLES, S. & GINTIS, H. La instrucción escolar en la America capitalista. México, Siglo Veinteuno, 1981. 377p.
- BRANDÃO, Z.; BAETA, A.B.; ROCHA, A.D.C. Evasão e repetência: a escola em questão. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. 104p.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer 2264/74 Educação da saúde- Programas de saúde. Brasília, 1974.

- CAMPINO, A.C.C. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 20(1):83-101, 1986.
- CAMPOS, M.S. Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. São Paulo, Cortez, 1982, 130p.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Univeristária, 1978. 270p.
- CASTELAN, D.L.C. Diagnóstico situacional para efetivar programas de saúde nos currículos das escolas públicas de 1º grau. Santa Maria, UFSM, 1974. 150p. Diss.mestrado.
- CECCIM, R.B. & FREITAS, M.T.R. Enfermagem em saúde comunitária. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 4(1):9-20, jan. 1983.
- CELIS, E.R. Investigación científico vs investigación participativa. Reflexiones en torno a una falsa disyuntivo. In: BORDA, O.F. org. Investigación participativa y praxis rural, nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Lima, Mosca-Azul, 1981. p.121-30.
- CHARLOT, B. A mistificação pedagógica. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. 314p.
- COLLARES, C.A.L. Influência da merenda escolar no rendimento em alfabetização: um estudo experimental. São Paulo, Escola Pós graduada em Ciências Sociais da Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 1982. 113p. Tese doutorado.
- CONCEIÇÃO, J.A.N. Aspectos médico-sociais do rendimento escolar. São Paulo, Faculdade de Medicina, USP, 1979. 342p. Tese de doutorado.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8º. Brasília, 1986. Relatório final. Brasília, Centro de documentação do ministério da Saúde, 1987.
- CONRAD, P. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. In: INGLEBY, D., ed. Psiquiatria crítica. La política de la salud mental. Barcelona, Grijalbo, 1982. p.129-54.
- COSTA, N.R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos do CEDES, São Paulo, (4):5-27, 1984.
- DAMIÃO, I.J.C. Programa para um curso de educação sanitária para médicos e estudantes de medicina. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1970. 36p. Diss.mestrado.

- DANTAS, J.B. Desnutrição e aprendizagem: um experimento de campo sobre os efeitos da estimulação escolar na realização cognitiva de crianças em vários estados nutricionais. São Paulo, Ática, 1981, 109p.
- DOMINGUES, M.H.M.S. Levantamento de saúde em escolares. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1970. 40p. Diss.mestrado.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. 2^a ed. S.Paulo Duas Cidades, 1978. 124p.
- DOUGLAS, M. Pureza e perigo. São Paulo, Perspectiva, 1966. 232p.
- DURKHEIM, E. Educação e sociologia. 8.ed. São Paulo, Melhoramentos, 1972.
- ESPOSITO, Y.L. Desnutrição e cognição. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, (14):87-95, set.1975.
- FERREIRA, M.C.R. Interação entre fatores biológicos, sócio-econômicos e culturais no desenvolvimento mental e desempenho escolar da criança desnutrida. Cadernos de Pesquisa, São Paulo (29):37-48. 1979.
- FRANCHI, E.A. A norma escolar e a linguagem da criança. Educação e Sociedade, São Paulo, (16):85-101, dez.1986.
- FREIRE, P. & SHOR, I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987, 224p.
- FREITAG, B. Escola, estado e sociedade. 4.ed. São Paulo, Moraes, 1980. 142p.
- GADOTTI, M. Elementos para a crítica da questão da especificidade da educação. Em Aberto, Brasília, (3):22- , jul./ago.1984.
- GIROUX, H. Teoria crítica e resistência em educação. Petrópolis, Vozes, 1986, 336p.
- GUIMARÃES, R. org. Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 296p.
- GRUPO UNIDO DE SAÚDE PÚBLICA, Vila Augusta: Saúde mental integrada à saúde comunitária. In: ALTERNATIVAS no espaço psi: conferências, mesas-redondas e debates, Porto Alegre, Embrião, 1982. 339-48.
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975, 196p.
- KAMII, C. A criança e o número: implicações educacionais da teoria de Piaget para a atuação junto a escolares de 4 a 6 anos. Campinas, Papirus, 1984, 124p.

- LAURELL, A.C. Introducción. In: TIMIO, M. Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiologia diferencial, México, Nueva Imagen, 1979. p.11-22.
- LEAVELL, H. & CLARK, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo, McGraw-Hill, 1977. 744p.
- LIBÂNEO, J.C. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo, Loyola, 1985. 149p.
- LIMA, G.Z. Saúde escolar e educação. São Paulo, Cortez, 1985, 160p.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986. 91p.
- MACHADO, R. et alii. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978, 559p.
- MARCONDES, R.S. O preparo da professora primária em educação sanitária. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1968. 186p. Tese Livre-docência.
- MATTA, R. Relativizando: uma introdução a antropologia social. Petrópolis, Vozes, 1987. 246p.
- MCKEOWN, T. & LOWE, C.R. Introducción a la medicina social. 2^a ed. México, Siglo Vienteuno, 1984. 365p.
- MELLO, C.G. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. 137p.
- MELLO, G.N. Magistério de 1º grau: da competência técnica ao compromisso político. 5.ed. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1985. 151p.
- MELO, J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do CEDES, São Paulo, (4):28-43, 1984.
- MENDES, E.V. Evolução histórica da prática médica: notas preliminares. Belo Horizonte, Universidade Católica de Minas Gerais, 1980. 59p.
- MENÉNDEZ, E.L. El modelo medico y la salud de los trabajadores. In: BASAGLIA, F. et alii. La salud de los trabajadores: apor tes para una política de la salud. México, Nueva Imagen, 1978. p.9-51.
- MIGUEL, J.M. La amorosa dictadura. Barcelona, Anagrama, 1984, 236p.
- MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 274p.

- NICCÁCIO, M.C. A saúde dimensionada por uma concepção de mundo: um estudo das representações do professor. São Paulo. Universidade Federal de São Carlos, 1983. 177 p. Diss. mestrado.
- NOVAES, H.M.D. A puericultura em questão. São Paulo. Faculdade de Medicina-USP, 1979. 149p. Diss. mestrado.
- OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-17, set. 1978. Brasília, UNICEF, 1979.
- OSOWSKI, C.I. Estratégias para buscar informações e atitudes criadoras. Porto Alegre, Curso de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. 1976. 138p. Diss. mestrado.
- OTT, M.B. Influência das estratégias de ensino no desenvolvimento da criatividade. Porto Alegre, Curso de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. 1975. 109p. Diss. mestrado.
- PEREIRA, I.M.T.B. O educador de saúde pública em um sistema de educação. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP. Diss. mestrado, 1977. 138p.
- PEY, M.O. A escola e o discurso pedagógico. São Paulo. Cortez, 1988. 159p.
- POLACK, J.C. La medicina del capital. Madrid, Fundamentos, 1971. 253p.
- POZATTI, M.L. & POZATTI, J.M. Bases para a organização de uma comunidade na busca de melhorias de condições de vida. Arquivos de Medicina Preventiva. Porto Alegre, 1(2):6-14, 1980.
- RANGEL, A.C. A matemática na primeira série: da investigação da aprendizagem a uma proposta pedagógica. Porto Alegre, UFRGS, 1985. Proposta de dissertação.
- RESENDE, A.L.M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez, 1986.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação e Cultura. Diretrizes Curriculares para programas de saúde no ensino de 1º grau, 1975.
- SÁ, C. Higiene e educação da saúde. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1944. 195p.
- SANTOS, M. O que é cultura. São Paulo, Brasiliense, 1983
- SARUP, M. Marxismo e educação. Rio de Janeiro, Zahar, 1980, 191p.
- SAVIANI, D. Escola e democracia. São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1983. 96p.

- SERBINO, R.V. Condições da educação para a saúde no ensino de primeiro grau. Botucatu, Universidade Estadual Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, 1973. Tese de Doutorado. 194p.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. 146p.
- SNYDERS, G. Escola, classe e luta de classes. 2^a ed. Lisboa, Moraes, 1981.
- THIOLLENT, M.S.M. Crítica metodológica, investigação social & enquête operária. 2^a ed. Polis, São Paulo, 1981. 270p.
- TIMIO, M. Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial. México, Nueva Imagen, 1979. 144p.
- TRATEMBERG, M. Sobre educação, política e sindicalismo. São Paulo, Cortez Autores Associados, 1982.
- VELLOSO, J. Socialização e trabalho: escola e produção capitalista. Educação e Sociedade. São Paulo, (7):141-58, 1980.
- VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo, Hucitec, 1988. 187p.
- VICTORA, C.G.; ESTANISLAU, H.J.; COSTA, J.S.P. Estado nutricional e rendimento escolar: um estudo em 834 crianças. Jornal de Pediatria. São Paulo, 52(3):115-7, 1982.
- WAITZKIN, H.B. & WATERMAN, B. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. México, Nueva Imagen, 1981. 221p.
- WITTMANN, L.C. Educação escolar: o desafio do compromisso com as classes populares. Revista de Educação AEC. Brasília, (63):715, jan/mar. 1987.

ANEXO I

ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA PARTICIPATIVO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE PARA ESCOLAS DE 1º GRAU DE PERIFERIA URBANA.

1. Identificação:

- 1.1 Projeto: Elaboração de um programa participativo de educação e saúde para escolas de periferia urbana.
- 1.2 Vinculação institucional: Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho.
 - Faculdade de Educação - Colégio de Aplicação - Divisão de Ciências
 - Pró-Reitoria de Extensão - Projeto PERICAMPUS.
- 1.3 Coordenador do Projeto: Sotero S. Mengue
Professor de 1º e 2º graus - c4, regime de trabalho 20h.
- 1.4 Equipe de trabalho: Mauro Luiz Pozatti, Professor Assistente, regime de trabalho - 40h
 - Cacilda M. Zorzo - Professora Assistente, regime de trabalho - DE
 - Estagiários do GEPESCO, Grupo de estudos, pesquisa e extensão em saúde coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho.
 - Estagiários de Orientação Educacional do Departamento de Estudos Especializados da Faculdade de Educação.
 - Alunos da MED-509 - Metodologia Científica, MED-510-Sócio-Antropologia da Saúde, MED-511 - Diagnóstico de Saúde da Comunidade.

- 1) Título: Elaboração de um programa participativo de educação e saúde para escolas de 1º grau de periferia urbana,
- 2) JUSTIFICATIVA: Frente a necessidade de um programa de educação para a saúde que atenda as prioridades da realidade brasileira, defendemos a proposta básica de um trabalho de saúde comunitário amplo, participativo, no qual a população, sujeito e objeto da ação de saúde, e os técnicos envolvidos (professores, alunos e agentes de saúde) possam desenvolver um conhecimento e uma prática de saúde apropriadas às variáveis sócio-econômico-culturais das comunidades.

Optamos, nessa busca, por um contato direto com a população, serviços e a escola, visando desenvolver, em situações concretas, a noção de saúde como resultante de um processo histórico onde muitos fatores se acham presentes.

Julgamos ser de fundamental importância, para que o projeto tenha um desenvolvimento efetivo, que a participação dos serviços, SSMA e SEC, seja ativa dentro do projeto e que estes serviços estejam representados pelos elementos que atuam diretamente com a população a ser atingida, visto terem estes uma visão próxima da realidade da comunidade e trabalharem diretamente com ela.

As atividades que estão propostas nas estratégias de implementação coincidem com as diretrizes e recomendações da 32a. Assembléia Mundial de Saúde e da VII Conferência Nacional de Saúde, que ratificam o reconhecimento oficial ao esforço de caráter mundial em torno do objetivo "Saúde para Todos até o Ano 2000", para elevação do nível de vida das populações. Todas essas recomendações de atenção em saúde convergem para a proposta de cuidados básicos, com participação da população na organização, execução e avaliação dos serviços relacionados à saúde; integração junto ao sistema informal, e da formação de recursos humanos adequados.

A participação assume, então, importância fundamental para o desenvolvimento da proposta. cremos ser esta um valor a ser cultivado pelo que representa em si mesmo e não apenas lançar mão de participação como instrumento para a consecução de objetivos específicos e determinados previamente de forma unilateral. Tal pressuposto visa, sobretudo, criar nos parti-

participantes, sujeitos e instituições, uma postura na forma de agir e pensar onde, através de diálogo, reflexão e análise de situações presentes possa-se partir para uma ação, pessoal e coletiva, de transformação sobre a realidade.

Os pressupostos acima apresentados já tem sido por nós desenvolvidos em contrato entre a SSMA, UFRGS, Prefeitura Municipal de Viamão e Assistência Social Vila Augusta - campo para estágios, pesquisa, seminários e cursos promovidos pelo Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho (I e II Seminário de Debates em Saúde Pública, Curso de Saúde Comunitária e outros).

Desta maneira, a presente proposta vem complementar as ações da SSMA, no que tange ao desenvolvimento de ações preventivas e de cuidados básicos de saúde; da UFRGS, no que diz respeito a uma intervenção junto à realidade a fim de conhecê-la e adequar a formação de recursos humanos; e as escolas de 1º grau municipais, que dependem dos Serviços de Saúde estaduais e carecem do auxílio técnico de que a Universidade pode vir a oferecer.

Dentro dessas perspectivas, esta proposta de trabalho busca abranger comunidade, escola e serviços, numa reflexão e ação conjunta sobre a saúde, envolvendo toda uma discussão sobre a realidade presente. Busca, ainda, resgatar através de uma reorganização e sistematização participativa, o próprio conhecimento que a comunidade e os demais setores envolvidos possuem a respeito da saúde.

3) OBJETIVOS

1. Planejar, desenvolver e avaliar através da participação conjunta da Universidade, secretarias municipais e estaduais envolvidas, escolas e comunidade de um programa de saúde para escolas de 1º grau de periferia urbana.
2. Integrar ensino, pesquisa e extensão mediante ação participativa e interdisciplinar de professores e alunos universitários das áreas de educação e saúde e profissionais dos serviços de saúde e educação que atuam diretamente na comunidade.

3. Oferecer à Universidade, subsídios para o aprimoramento da metodologia do ensino e pesquisa na área de ciências da saúde e da educação, aperfeiçoando os programas universitários desenvolvidos junto à comunidade e os demais serviços.
4. Propor aos sistemas de saúde e educação uma reflexão sobre os resultados obtidos no projeto com vistas ao seu aproveitamento na elaboração de ações que envolvam o sistema como um todo.

4) ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

1. Contato com pais e professores das escolas de 1º grau para apresentação e discussão da proposta.
2. Conhecimento da realidade de educação e saúde nas comunidades envolvidas.
 - 2.1. Conhecimento da realidade de saúde dos alunos, na escola, e discussão do que eles pensam a respeito. Alunos de Metodologia - MED-509, estágio em orientação educacional.
 - 2.2. Contatos com a SSMA, Secretaria SMEC, visando a integração com os profissionais de saúde que atuam nas áreas de abrangência do Projeto.
 - 2.3. Levantamento das condições de saúde da comunidade, envolvendo alunos de Diagnóstico, MED-511.
 - 2.4. Discussão com as professoras de programas de saúde das escolas.
 - 2.5. Levantamento bibliográfico dos programas de educação e saúde desenvolvidos nos países do Terceiro Mundo.
 - 2.6. Contatos com a SMEC e SEC para integrar o programa dentro das diretrizes educacionais do município.
3. Seminário com assessores especializados.
4. Elaboração conjunta de uma proposta preliminar de programa de Educação e Saúde para as escolas trabalhadas.

5. Seminários e debates, preparatórios para a viabilização, na prática, das propostas anteriormente elaboradas.
6. Elaboração final dos programas das escolas, e preparação de material instrucional adequado,
7. Aplicação do programa, pelos professores envolvidos.
8. Assessoria aos professores e curso para os pais, durante a implementação do programa.
9. Seminário mensal de avaliação.
10. Avaliação final do programa
 - 10.1. Para continuação do programa na mesma escola.
 - 10.2. Estudos para implantação em outras escolas.

5) HISTÓRICO

Desde 1978 o Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho da UFRGS vem desenvolvendo, junto à população da Vila Augusta - 4º Distrito do Município de Viamão - um trabalho de saúde comunitária, visando a melhoria das condições de vida.

O trabalho iniciou, com bolsistas e dois médicos-residentes do extinto programa de Residência Médica do Departamento. O desenvolvimento de ações integradas universidade-comunidade propiciou, juntamente com a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Prefeitura Municipal de Viamão e Assistência Social Vila Augusta, a criação de uma Unidade Sanitária com características próprias para a atividade de ensino, capaz de absorver alunos e estagiários de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia.

As atividades da equipe possibilitaram um estreito contato com a escola local (Grupo Escolar Luciana de Abreu) onde foram desenvolvidos estágios em Psicologia escolar pela UFRGS e PUC.

O trabalho realizado dentro e fora da escola permitiu que

se tivesse uma visão global da comunidade que, aliando-se à experiência da Unidade Sanitária e dos trabalhos junto às demais instituições atuantes na vila, tornaram fortemente presente a idéia do espírito participativo como fórmula legítima, viável e efetiva de trabalho comunitário em termos de saúde, de maneira a atingir objetivos que viessem ao encontro dos interesses de todos os setores envolvidos.

Somadas a estas experiências, as atividades postas em prática pelo Programa Pericampus - através do sub-projeto "Elaboração do Programa de Educação e Saúde para Escolas de 1º Grau de Periferia Urbana", em muito contribuíram para reafirmar nossa opção por esta via de atuação. Por um lado, forneceu subsídios importantes para um melhor entendimento sobre educação através da relação interdepartamental estabelecida dentro da própria Universidade. Por outro lado, esta integração trouxe naturalmente, em seu bojo, uma ligação no trabalho de campo dos meios acadêmicos com os serviços de saúde e escolas do sistema municipal e estadual de ensino.

6) ABRANGÊNCIA

O Projeto prevê a atuação junto ao 4º Distrito de Viamão, na área de atuação do Programa Pericampus PROEXT/UFRGS. Inicialmente a ação se dará junto as Escolas Municipais Anita Garibaldi e Luciana de Abreu, com aproximadamente 520 e 1200 alunos e 15 e 56 professores respectivamente; e a Escola Estadual Walt Disney, com aproximadamente 700 alunos e 36 professores e a unidade-sanitária da Vila Santa Izabel e posto avançado Vila Augusta. Tratando-se de um projeto participativo, que depende do interesse real dos indivíduos, o número certo de professores, pais e alunos participantes do projeto não pode ser previsto antecipadamente. Logo, o número de participantes será definido no andamento real do projeto.

Nas etapas posteriores, pretende-se a participação de um maior número de escolas da região (4º Distrito de Viamão) que está na dependência dos recursos disponíveis e da mobilização dos pais e professores do sistema com o intuito de ampliar a área de abrangência do projeto. Assim, de acordo com a expansão do projeto junto as escolas, as unidades sanitárias e postos avançados das áreas correspondentes, um número maior de pessoas se engajarão no desenvolvimento da experiência.

BIBLIOGRAFIA

- BRANDÃO, C.R. (org.) Pesquisa Participante. São Paulo, Brasiliense, 1982.
- BRANDÃO, C.R. Educação Popular. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- POZATTI, M.L. & POZATTI, J. Bases para a organização de uma comunidade na busca de melhores condições de vida - Experiência na Vila Augusta. Arq.Med.Prev. 2:6-14, ago/set 1980.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão de Educação em Saúde. Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1981 (Educação e Saúde, 2).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 1980. Anais da 7a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health for all by the year 2000 - Strategies. Genebra, Pan American Health Organization, 1980 (oficial document, 173).
- IICA - Educação no Meio Rural - experiências curriculares em Pernambuco. São Paulo, IICA Brasiliense, 1984.
- CEDES - Educação e Saúde - Cadernos CEDES nº 4. São Paulo, Cortez, 1984.

ANEXO II

TEXTO FINAL DA PEÇA DE TEATRO CRIADA PELAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO EPPES

TÍTULO: O AMOR DE UM MÉDICO

PERSONAGENS:

- O trabalhador do campo
- O desnutrido, filho do trabalhador do campo
- A moça pobre, filha do trabalhador do campo
- O médico apaixonado
- O chefe dos médicos
- O médico ganancioso
- O rico, patrão do trabalhador do campo
- Os capangas
- O dono do hospital
- O povo
- As merendeiras
- Enfermeiras
- Outro médico

"O AMOR DE UM MÉDICO"

ATO 1

- CENA 1 - (cartaz) O amor de um médico

- CENA 2 - Primeiro plano

No campo uma família de trabalhadores capinam a roça

O pai: *Ah, mas que calor**

A filha desmaia

O pai: *Que houve? Desmaiou*

A família ampara a filha e dirigem-se para o hospital

- Segundo plano

O rico anda de automóvel

- CENA 3 - Primeiro plano

A família tenta entrar com a filha no hospital e são barrados pelo médico ganancioso

O médico ganancioso: *Não, nós não podemos atender os pobres*
(gesticulando amplo)

O chefe dos médicos: *Mas espera, eles estão doentes*

O médico apaixonado: *Eles estão doentes*

O médico ganancioso: *Não, não* (irado)

- Segundo plano

O rico dirige o carro

- CENA 4 - O rico sofre um acidente de automóvel. Dois médicos e o dono do hospital vão em seu socorro (SOM DE SIRENES)

- CENA 5 - Na entrada do hospital

O chefe dos médicos: *Mas vamos atender uma pessoa rica só por que ela é rica! E o pobre porque não atendeu? Por que?*

* Diálogos improvisados no segundo ensaio.

- CENA 6 - No hospital o rico é atendido por médicos e enfermeiras (agitação)

O dono do hospital: *Atendam bem ele!*

O médico apaixonado: *A injeção!*

ATO 2

- CENA 1 - No campo as merendeiras encontram a família de trabalhadores do campo

- A moça pobre desfalece, todos a levam ao hospital

Vários: *Ela desmaiou, coitadinha*

- CENA 2 - No hospital

O médico ganancioso: *Nós não aceitamos gente pobre aqui no nosso hospital!*

Vários: *Por favor, ela está doente*

Por favor, ela é nossa amiga

O chefe dos médicos intervém

O chefe dos médicos: *Deixa ela entrar...*

A moça entra e é atendida

O médico ganancioso: *Vocês não podem fazer isso sem ordem do patrão!*

(agitação)

- CENA 3 - A moça pobre sendo atendida

O médico apaixonado: *Estou apaixonado por essa mulher. Deixem-me fazer uma operação grátis para ela*
(agitação)

Vários: *O soro por favor, antes que esta menina morra*

- CENA 4 - Chega o dono do hospital

O dono do hospital: *Que está acontecendo no meu hospital! Não admito gente pobre no meu hospital.*

O médico ganancioso: *Eu falei para eles! Mas esse médico louco quis atender* (aponta o médico apaixonado)

O médico apaixonado: *Eu estou apaixonado por ela* (dirigindo-se ao dono do hospital)

O chefe dos médicos: *Ele tem razão!*

O médico ganancioso: *Eles chegaram a me empurrar para entrar com essa moça!*

O dono do hospital: *Eu vou botar ela pra rua*

- Surge o rico

O rico: *Silêncio, eu pago a conta!*

- O médico ganancioso: *Você vai pagar bastante dinheiro? Até quanto dinheiro você paga?*
- O rico: *Eu pago. Eu pago quanto quiser*

ATO 3

- CENA 1 - No campo os trabalhadores capinam. Um menino desmaia.
- O trabalhador do campo: *Bah, coitadinha da minha filha, ela já foi doente. Este daqui já está desnutrido. Vamos levá-lo pro hospital*
- CENA 2 - Na entrada do hospital o trabalhador do campo dirige-se ao médico ganancioso
- O trabalhador do campo: *Por favor uma vaga para meu filho, e le está desnutrido!*
- O médico ganancioso: *Não sei. Fale com o patrão! (alto e forte)*
- O chefe dos médicos: *Espere, vamos, deixe, vamos atendê-lo, ele está muito doente!*
- O trabalhador do campo: *Você é um bom médico*
- CENA 3 - Os médicos estão reunidos
- O chefe dos médicos: *Vamos entrar num acordo. Vamos fazer, ver se nós atendemos os pobres e os ricos de graça. Que vocês acham?*
- O médico apaixonado: *Eu acho muito boa idéia, por causa que a menina que estava doente, chegou, chegou... podre de doente e quase não quiseram atendê-la, se não fosse eu me apaixonar...*
- O outro médico: *Sim, nós temos que atendê-los de uma vez*
- O chefe dos médicos: *E você o que acha? (dirigindo-se ao médico ganancioso)*
- O médico ganancioso: *Eu acho que não! Eu... não sei*
- O chefe dos médicos: *Nós somos três, você é um apenas. Nós vamos atender de graça. Encerrado o assunto!*
- O outro médico: *Vamos lã atendê-lo!*
- CENA 4 - Os médicos saem e o médico ganancioso procura o dono do hospital
- O médico ganancioso: *Patrão, eles estão querendo atender os pobres de graça!*
- O dono do hospital: *Não pode acontecer isso no meu hospital*

O médico ganancioso: *Vamos arranjar uns capangas e dar um sus-
to neles*

O dono do hospital: *Vamos arranjar uns capangas e dar um sus-
to neles!*

(Os dois): *Vamos!*

ATO 4

- CENA 1 - Em frente ao hospital chegam de automóvel,
O dono do hospital, o médico ganancioso e dois ca-
pangas

(O dono do hospital manda que um dos capangas a-
bra-lhe a porta do carro)

O capanga: *É aí que é o hospital, chefe?*

- CENA 2 - Na porta do hospital

O chefe dos médicos: *Que vocês querem afinal?*

O dono do hospital: *Botar este médico pra rua (dirigindo-se
ao capanga)*

O chefe dos médicos: *Nós não estamos sozinhos, estamos com o
povo (surge o povo com cartazes)*

O povo: *O povo unido jamais será vencido!*

- CENA 3 -

O chefe dos médicos: *De hoje em diante vamos atender no hos-
pital de graça. Sim ou não?*

(Todos): *Sim!*

O rico: *Só porque era rico eu era atendido. Agora vai ser a-
tendido o povo também.*

O chefe dos médicos: *Amigos?*

(O rico e o chefe dos médicos se cumprimentam)

FIM